



L'inquiétude des soignants en addictologie : entre défiance et amour, une dynamique éthique et clinique de la relation de soin

Aymeric Reyre

► To cite this version:

Aymeric Reyre. L'inquiétude des soignants en addictologie : entre défiance et amour, une dynamique éthique et clinique de la relation de soin. Ethique. Université Paris Sud - Paris XI, 2015. Français. NNT : 2015PA11T010 . tel-01171275

HAL Id: tel-01171275

<https://theses.hal.science/tel-01171275>

Submitted on 3 Jul 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ PARIS-SUD

ÉCOLE DOCTORALE : *Savoirs scientifiques : épistémologie, histoire des sciences, didactique des disciplines - ED 400*

Laboratoire : *Éthique, science, santé et société - Espace éthique*

DISCIPLINE : *Éthique du soin*

THÈSE DE DOCTORAT

Soutenue le 9 mars 2015

par

Aymeric REYRE

L'inquiétude des soignants en addictologie : entre défiance et amour, une dynamique éthique et clinique de la relation de soin

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Olivier TAÏEB,
Service de Psychopathologie de l'enfant de l'adolescent, de Psychiatrie générale et Addictologie,
Hôpital Avicenne, Université Paris 13

Composition du jury :

Rapporteurs :

Madame le Professeur Marie Rose MORO, Professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Maison des adolescents, Hôpital Cochin, Université Paris Descartes

Monsieur le Professeur Patrick BAUDRY, Professeur de sociologie, Université Bordeaux Montaigne

Examineurs :

Monsieur le Professeur Didier SICARD, Professeur honoraire de médecine, Université Paris Descartes

Madame le Professeur Armelle DEBRU, Professeur honoraire d'histoire de la médecine, Université Paris Descartes

Monsieur le Professeur Emmanuel HIRSCH, Professeur d'éthique médicale, Espace éthique Ile-de-France, Université Paris-Sud

Monsieur le Professeur Marc-Henry SOULET, Professeur de sociologie, politiques sociales et travail social, Université de Fribourg, Suisse

Monsieur le Professeur Henri-Jean AUBIN, Professeur de Psychiatrie et Addictologie, Hôpital Paul Brousse, Université Paris-Sud

Je remercie le Docteur Olivier Taïeb d'avoir accepté de diriger cette thèse avec toute sa patience, sa précision et son enthousiasme. Le soutien intellectuel et amical sans faille de mon « camarade » a été, et reste, essentiel dans mes efforts pour comprendre ma pratique clinique et rencontrer les patients.

Je remercie le Professeur Didier Sicard d'avoir accepté de participer au jury de cette thèse. Sa permanente interrogation « inquiète » de l'action soignante dans la société m'a fourni un repère fondateur pour mon propre engagement dans le soin.

Je remercie le Professeur Emmanuel Hirsch d'avoir accepté de participer au jury de cette thèse. Je lui suis profondément reconnaissant du regard curieux et bienveillant avec lequel il m'a accompagné depuis le début de mes études. L'Espace éthique, qu'il a fondé, est un incomparable lieu de pensée et de mise en mouvement de l'inquiétude des soignants.

Je remercie le Professeur Marie Rose Moro d'avoir accepté d'être rapporteur de cette thèse. Je la remercie également pour sa confiance et pour l'« enveloppe » qu'elle a su créer à Avicenne, qui supporte un exercice clinique riche et créatif, et soutient une pensée du soin.

Je remercie le Professeur Patrick Baudry d'avoir accepté d'être rapporteur de cette thèse. Il ouvre ainsi, à ce travail, l'un des premiers espaces de discussion.

Je remercie le Professeur Marc-Henry Soulet d'avoir accepté de participer au jury de cette thèse. Sa préoccupation pour l'individu en société et sa pensée de l'« inquiétude » m'ont ouvert des perspectives théoriques et cliniques précieuses.

Je remercie le Professeur Henri-Jean Aubin d'avoir accepté de participer au jury de cette thèse. Il est pour moi une « figure » de la discipline médicale addictologique qui n'a pas renoncé à une complexité du soin et à une parole militante.

Je remercie le Professeur Armelle Debru d'avoir accepté de participer au jury de cette thèse. Son regard rigoureux et bienveillant m'a bien souvent orienté dans mon travail de recherche.

Je remercie le Docteur Annabelle Tuset d'avoir accepté de relire certaines parties de cette thèse et de m'avoir aidé à aménager, dans l'écriture, un degré juste d'inquiétude propre. Je la remercie également pour ce qu'elle m'a amicalement transmis de pensée clinique et éthique au cours de ma formation.

Je remercie le Professeur Thierry Baubet pour sa confiance, sa patience durant l'écriture de ce travail, ses conseils et la place qu'il aménage au travail de pensée dans l'espace institutionnel.

Je remercie les patients et les professionnels qui ont accepté de participer à l'étude « Éthique et Narrativité dans les Addictions ». Ils nous ont parlé, nous ont aidés à nous reconnaître et nous ont confié des idées dont la valeur est inestimable pour notre entreprise quotidienne de réflexion et de positionnement auprès des patients.

Je remercie les professionnels du groupe de recherche « Éthique et Narrativité dans les Addictions » : le Docteur Raphaël Jeannin, le Docteur Myriam Larguèche, le Docteur Mayalen de Recondo, Valérie Élana, Katherine Lévy, Fabienne Gaboriau, Léa Barret, Jamila Chaïb, le Docteur Jeanne-Flore Rouchon, le Docteur Julie Bailly, Tahar Abbai, Dominique Buron. Leur engagement dans ce groupe, en plus de leurs activités soignantes, est à l'origine de la « réussite » de l'étude.

Je remercie le Docteur Raphaël Jeannin pour sa capacité à accompagner les patients tout en soutenant la pensée et le travail de l'équipe du Centre Boucebci, en s'appuyant sur son propre travail de recherche. En travaillant avec précision et enthousiasme sur les constructions narratives des patients et des soignants, il m'a donné l'une des voix indispensables à la triangulation de mes analyses.

Je remercie le Docteur Myriam Larguèche pour son investissement dans la recherche et pour son intérêt pour les mouvements psychiques groupaux. La pertinence de son regard et sa bienveillance à l'égard des participants à la recherche ont été essentielles à la mise en perspective de mon analyse des résultats.

Je remercie le Professeur Jean-Pierre Pinel d'avoir ouvert au groupe de recherche un espace de pensée groupale sur notre dispositif et nos expériences de terrain. Cette « supervision » nous a aidés à ne pas nous installer dans une quiétude problématique pour une entreprise de recherche.

Je remercie les professionnels du Centre Boucebci et de l'Équipe de Liaison et de Soins en Addictologie pour leur engagement créatif auprès des patients et leur capacité émerveillante à aménager quotidiennement l'inquiétude dans leurs liens avec eux.

Je remercie les soignants du service de Psychopathologie de l'hôpital Avicenne. Leur désir de penser l'exercice clinique, leur regard bienveillant et ouvert sur l'altérité sont des points de repère aussi précieux pour les patients que pour les professionnels qui les rejoignent.

Je remercie les professionnels du service d'addictologie de l'Hôpital René Muret, le Docteur Pierre Poloméni en premier lieu, pour leur accueil et leur confiance. De nouvelles aventures s'annoncent avec eux.

Je remercie Coralie pour sa présence à mes côtés, sa patience et ses conseils. Je remercie Cyprien et Hippolyte pour leur enthousiasme et leur patience – parfois trépidante ! – tout au long de ce travail. Ils ont pensé avec moi cette thèse et m'ont aidé à la finir.

Je remercie mon père pour sa présence, son aide durant ma recherche et ses soutiens « au pied levé », mais avant tout pour sa curiosité de savoirs qu'il a su me transmettre.

Je remercie Elizabeth Montagut pour sa constante attention, ses encouragements affectueux et sa présence « hebdomadaire ».

Je remercie Bernard Sanson pour l'intérêt stimulant qu'il porte à mon travail et pour son accompagnement durant ces derniers mois.

Je remercie les familles Reyre, Sanson, Sachet, Aronson et Leiser d'être « mes » familles et de nous avoir soutenus par leur affection et leur aide « logistique ».

Je remercie mes amis pour leur présence en dépit de mes « absences » de doctorant. Je suis heureux de les retrouver.

*À la mémoire de ma mère,
À mon père,
À Coralie, à Cyprien et Hippolyte,*

La vie de l'homme se précipitant vers la mort entraînerait inévitablement à la ruine, à la destruction, tout ce qui est humain, n'était la faculté d'interrompre ce cours et de commencer du neuf, faculté qui est inhérente à l'action comme pour rappeler que les hommes, bien qu'ils doivent mourir, ne sont pas nés pour mourir, mais pour innover.

Hannah Arendt

Elle ne demandait rien, elle demandait seulement. Une demande qu'elle avait dû lui présenter dès les premiers instants et qui depuis, du moins il s'en persuadait, se frayait capricieusement un chemin vers lui à travers tout ce qu'elle disait.

Maurice Blanchot

L'INQUIÉTUDE DES SOIGNANTS EN ADDICTOLOGIE

Entre défiance et amour, une dynamique éthique et clinique de la relation de soin

| | |
|-------------------|----|
| INTRODUCTION..... | 22 |
|-------------------|----|

| | |
|--|----|
| PREMIERE PARTIE — L'ADDICTOLOGIE DANS SON CONTEXTE CONTEMPORAIN : UN CADRE DE SOIN INCERTAIN | 32 |
|--|----|

| | |
|------------------------------|----|
| Le concept d'addiction | 32 |
|------------------------------|----|

| | |
|--|----|
| 1. <i>L'émergence du concept d'addiction</i> | 33 |
|--|----|

| | |
|--|----|
| 1.1. Les origines psychanalytiques | 34 |
|--|----|

| | |
|--|----|
| 1.2. La cristallisation médicale du concept..... | 36 |
|--|----|

| | |
|--|----|
| 1.3. Succès populaire et réticences académiques..... | 38 |
|--|----|

| | |
|---|----|
| 2. <i>L'addiction ou les addictions ?</i> | 41 |
|---|----|

| | |
|---|----|
| L'addiction : un <i>fait social total</i> | 42 |
|---|----|

| | |
|---|----|
| 1. <i>L'addiction comme fait sociologique</i> | 44 |
|---|----|

| | |
|---|----|
| 1.1. Rationalité du drogué et pragmatisme en politique publique | 44 |
|---|----|

| | |
|--|----|
| <i>La rationalité du sujet addicté</i> | 45 |
|--|----|

| | |
|---------------------------------|----|
| <i>L'épidémie de SIDA</i> | 50 |
|---------------------------------|----|

| | |
|---|----|
| <i>Le contexte d'émergence de la politique de réduction des risques en France</i> | 52 |
|---|----|

| | | |
|------|---|-----|
| 1.2. | Le paradigme socio-éducatif..... | 58 |
| | <i>La personne addictée et son addiction</i> | 59 |
| | <i>Vulnérabilité sociale et capacitation : l'accompagnement des usagers..</i> | 60 |
| | <i>Propositions thérapeutiques</i> | 62 |
| | <i>Inscription institutionnelle</i> | 63 |
| 2. | <i>L'addiction comme fait médico-psychologique</i> | 64 |
| 2.1. | Médecine et drogues : une histoire ancienne | 65 |
| 2.2. | Le paradigme anatomo-clinique | 66 |
| | <i>Éléments neurophysiologiques</i> | 67 |
| | La dérégulation des circuits intracérébraux | 67 |
| | Les déterminants biologiques et environnementaux..... | 69 |
| | <i>Conceptions cognitivo-comportementales</i> | 70 |
| | <i>Propositions thérapeutiques</i> | 72 |
| | <i>Inscription institutionnelle</i> | 73 |
| 2.3. | Le paradigme psychodynamique | 74 |
| | <i>Le modèle psychanalytique</i> | 74 |
| | Une condition normale de l'Homme | 75 |
| | Une économie de préservation..... | 76 |
| | Une situation « limite » dans la psychopathologie | 78 |
| | Éléments de genèse des conduites addictives | 79 |
| | Confusion maternelle et traumatismes | 83 |
| | Transmissions transgénérationnelles : mandat, cryptes et fantômes | 85 |
| | L'expérience de la migration : le clivage migratoire | 88 |
| | <i>Le modèle systémique</i> | 89 |
| | <i>Propositions thérapeutiques</i> | 92 |
| | <i>Inscription institutionnelle</i> | 93 |
| 3. | <i>L'addiction comme fait moral</i> | 94 |
| 3.1. | Trois figures de la norme | 95 |
| | <i>Le citoyen patriote et travailleur : un champion de l'hygiène</i> | 96 |
| | <i>L'individu libre et jouisseur : un idéal romantique</i> | 99 |
| | <i>Le sujet hypermoderne : individu « moderne-liquide » ou « incertain » ?</i> | 101 |

| | | |
|------|--|-----|
| 3.2. | Les « vices » de l'addicté..... | 108 |
| | <i>La jouissance et la violence</i> | 108 |
| | <i>La dépendance et la faiblesse de la volonté</i> | 110 |
| | <i>Le mensonge et la manipulation</i> | 112 |
| 3.3. | L'ubiquité des représentations morales | 114 |
| | <i>Dans le discours public</i> | 114 |
| | <i>Dans le discours spécialisé</i> | 118 |

Vers un nouveau paradigme addictologique ?..... 121

| | | |
|----|--|-----|
| 1. | <i>La figure du sujet « autonome-dépendant » : une enclave normative</i> | 121 |
| 2. | <i>Une addictologie hypermoderne ?</i> | 123 |
| 3. | <i>Un paradigme en devenir</i> | 125 |

Tension et confusion comme cadre d'action 129

SECONDE PARTIE — UNE OBSERVATION DE L'EXPERIENCE DES PROFESSIONNELS DANS LA RELATION DE SOIN EN ADDICTOLOGIE: INTENSITE EMOTIONNELLE ET DIFFICULTES CLINIQUES ET ETHIQUES AU TRAVERS DE L'ETUDE ETHNAA 133

La relation de soin en addictologie..... 134

| | | |
|------|--|-----|
| 1. | <i>Un regard sur la relation de soin</i> | 134 |
| 2. | <i>L'expérience des soignants dans la littérature scientifique..</i> | 140 |
| 2.1. | Les attitudes | 142 |
| 2.2. | Les contre-attitudes..... | 145 |
| | <i>Les contre-attitudes « négatives »</i> | 146 |
| | <i>Les contre-attitudes « positives »</i> | 148 |
| 2.3. | Le burnout..... | 149 |

| | | |
|------|--|-----|
| 3. | <i>Le problème de la confiance et de la promesse</i> | 159 |
| 4. | <i>L'apparition d'une problématique.....</i> | 166 |
| 4.1. | La question..... | 166 |
| 4.2. | La possibilité d'une recherche | 167 |
| | <i>Une recherche dans le champ de l'éthique.....</i> | 167 |
| | <i>Une recherche sur la relation de soin</i> | 168 |
| | <i>Une méthodologie complexe.....</i> | 169 |

L'étude Éthique et Narrativité dans les Addictions – « EthNaA » 170

| | | |
|------|--|-----|
| 1. | <i>Le groupe de recherche.....</i> | 170 |
| 1.1. | La naissance du groupe et du projet | 170 |
| 1.2. | Les « préconceptions » du groupe | 171 |
| 2. | <i>Éthique procédurale et respect des personnes.....</i> | 172 |
| 3. | <i>Matériel et méthode.....</i> | 173 |
| 3.1. | Terrains | 173 |
| | <i>Le choix des terrains.....</i> | 173 |
| | <i>L'intérêt inquiet des équipes.....</i> | 173 |
| | <i>Le profil des centres (entretiens responsables)</i> | 174 |
| 3.2. | Participants | 176 |
| 3.1. | Procédures..... | 178 |
| 3.2. | Instruments | 180 |
| | <i>Questionnaires.....</i> | 180 |
| | <i>Support narratif.....</i> | 184 |
| 3.3. | Schéma récapitulatif de la procédure..... | 186 |
| 3.4. | Analyse des données..... | 187 |
| | <i>Analyse de contenu</i> | 187 |
| | <i>Analyse psychodynamique</i> | 187 |
| 3.5. | Critères de validité..... | 188 |

| | |
|--|-----|
| 4. Résultats | 188 |
| 4.1. Nomenclature et mode de présentation des discours | 188 |
| 4.2. Analyse transversale | 189 |
| <i>La relation entre chercheurs et acteurs de terrain</i> | 190 |
| Le CAARUD | 191 |
| Un lieu au statut intermédiaire | 191 |
| Une hostilité première | 192 |
| La pause : un décalage du cadre salulaire | 193 |
| D'autres échanges singuliers | 194 |
| Le CHU | 197 |
| Un lieu « frère » | 197 |
| Un groupe idéal | 198 |
| Des rencontres individuelles moins « liées » | 200 |
| Le CSAPA | 201 |
| Des chercheurs « exposés » par les leurs | 201 |
| La franche hostilité du groupe | 201 |
| La richesse des entretiens individuels | 203 |
| Synthèse | 204 |
| L'émergence d'une communauté | 205 |
| Le jeu complexe des identités | 205 |
| Une expérience émotionnellement intense | 206 |
| Clivages et mouvements de haine | 206 |
| Enjeux de maîtrise et de lâchage | 207 |
| Une rencontre possible ? | 207 |
| <i>La relation entre professionnels et personnes addictées</i> | 208 |
| A. Les sources des difficultés dans la relation de soin | 209 |
| A.1. Les difficultés liées aux personnes addictées | 210 |
| A.1.1. Des personnes fragiles, avec des histoires difficiles et des pertes multiples | 210 |
| A.1.2. Des personnes en danger et parfois aux marges de la vie... .. | 211 |
| A.1.3. Des personnes présentant une « pathologie » complexe et difficiles à soigner | 211 |
| A.1.4. Des personnes ayant un système normatif inversé | 213 |
| A.1.5. Des personnes somme-toute peu fiables | 213 |
| A.1.5.1. La violence | 214 |
| A.1.5.2. Le mensonge et la manipulation | 216 |

| | |
|---|-----|
| A.1.5.3. <i>La faiblesse de la volonté</i> | 219 |
| A.1.5.4. <i>La déprivation morale</i> | 221 |
| A.1.6. Des personnes qui demandent qu'on s'engage fortement auprès d'elles mais qui s'échappent | 222 |
| A.2. <i>Les difficultés liées au produit de dépendance</i> | 224 |
| A.2.1. Le produit est très puissant | 224 |
| A.2.2. Le produit est un rival redoutable pour le soignant | 225 |
| A.3. <i>Les difficultés liées aux professionnels</i> | 226 |
| A.3.1. Les professionnels expérimentent des émotions intenses et peinent à trouver la bonne place dans la relation avec les patients | 226 |
| A.3.2. Les professionnels se sentent peu équipés voire démunis et parfois vulnérables et fragiles dans leur identité de soignant | 227 |
| A.3.3. Les professionnels sont porteurs eux-mêmes des représentations sociales et doivent lutter pour en contenir les effets | 228 |
| A.4. <i>Les difficultés liées à l'environnement du soin</i> | 229 |
| A.4.1. Des représentations sociales qui restent très négatives vis-à- vis des patients et qui pèsent sur le soin | 229 |
| A.4.2. Une loi rigide et des moyens contraints | 231 |
| A.4.3. Une discipline addictologique encore méconnue du grand public et accueillie avec ambivalence par les autres disciplines | 231 |
| A.4.4. Des évolutions de paradigme auxquelles résistent les professionnels | 232 |
| A.4.5. Un fonctionnement d'équipe qui envahit parfois les espaces de soin et entrave la pensée et l'action thérapeutique | 232 |
| A.4.6. Un contexte institutionnel qui ne fournit pas le temps, les moyens et la sécurité nécessaires à l'expression des difficultés des soignants | 233 |
| B. <i>Les effets de ces difficultés sur les acteurs de la relation et leur lien</i> | 234 |
| B.1. <i>Les effets sur les soignants</i> | 234 |
| B.1.1. Une forte intensité relationnelle | 234 |
| B.1.2. Une douleur émotionnelle | 234 |
| B.1.3. Un brouillage des identités | 235 |
| B.1.4. Une image dégradée d'eux-mêmes | 235 |
| B.1.5. Une image idéalisée d'eux-mêmes | 235 |
| B.1.6. Une énergie importante consacrée à lutter contre les représentations sociales | 236 |
| B.1.7. Un épuisement voire un désengagement | 236 |
| B.1.8. Un rejet des patients | 237 |

| | |
|---|-------------------|
| <i>B.2. Les effets sur les patients</i> | <i>237</i> |
| B.2.1. La réactivation d'une perte d'amour..... | 237 |
| B.2.2. L'insécurité identitaire..... | 237 |
| B.2.2.1. La fixité de l'identité..... | 238 |
| B.2.2.2. Le clivage de l'identité | 238 |
| <i>B.3. La relation de soin dans ce contexte.....</i> | <i>238</i> |
| B.3.1. La défiance | 239 |
| B.3.1.1. La confiance comme notion inquiétante..... | 240 |
| B.3.1.2. La défiance initiale | 242 |
| B.3.2. La rupture et l'abandon..... | 242 |
| B.3.3. L'emprise..... | 243 |
| <i>C. Les solutions envisagées et recherchées par les professionnels</i> | <i>244</i> |
| <i>C.1. Avoir une base, une assise identitaire suffisamment solide et sécurisante : se soucier de soi</i> | <i>244</i> |
| C.1.1. Le soignant doit cultiver un regard réflexif sur lui-même... | 245 |
| C.1.2. Le soignant doit savoir se soigner | 245 |
| C.1.3. Le soignant doit se former | 245 |
| C.1.4. Le soignant doit pouvoir s'appuyer sur une théorie..... | 246 |
| C.1.5. Le soignant doit savoir se protéger | 247 |
| <i>C.2. Savoir, dans le soin, allier prudence et engagement : trouver une bonne attitude</i> | <i>247</i> |
| C.2.1. Être prudent et modéré..... | 247 |
| C.2.2. Savoir prendre des risques | 248 |
| C.2.3. Être patient, prendre le temps..... | 248 |
| C.2.4. Savoir se dégager du jugement et des attitudes communes | 248 |
| C.2.5. Accepter de jouer le jeu | 249 |
| C.2.6. Se montrer créatif..... | 249 |
| C.2.7. Réparer, combler les manques et raconter les histoires avec les patients | 250 |
| <i>C.3. Miser malgré tout sur la relation et la confiance.....</i> | <i>250</i> |
| C.3.1. Investir la relation | 250 |
| C.3.2. S'engager auprès des patients et militer pour un projet de société | 250 |
| C.3.3. Favoriser l'établissement d'un climat de confiance | 252 |
| <i>C.4. S'appuyer sur le groupe et l'institution</i> | <i>255</i> |
| C.4.1. Aménager un cadre de soin adéquat..... | 255 |
| C.4.2. Se rappeler des principes qui fondent l'action (la tâche primaire) | 256 |

| | |
|---|------------|
| C.4.2.1. Le CAARUD..... | 256 |
| C.4.2.2. Le CHU..... | 257 |
| C.4.2.3. Le CSAPA..... | 258 |
| C.4.3. S'appuyer sur ses collègues et nourrir une dynamique collective..... | 258 |
| C.4.4. Dépasser collectivement les contraintes en innovant..... | 259 |
| C.4.5. Des dispositifs pratiques parfois problématiques..... | 259 |
| C.4.5.1. Les dispositifs problématiques : tests urinaires et éthylotests..... | 259 |
| C.4.5.2..... Les dispositifs utiles à certaines conditions : les contrats..... | 262 |
| C.5. Le recours à l'extérieur..... | 263 |
| D. Discours isolés..... | 264 |
| D.1. La fuite-quête des addicts..... | 264 |
| D.2. Le produit qui diminue le risque de violence..... | 265 |
| D.3. Les élèves fragiles..... | 265 |
| D.4. Les liens forts dans la violence..... | 265 |
| D.5. Le mensonge protecteur..... | 265 |
| D.6. La force de volonté de l'addicté..... | 266 |
| D.7. La défiance éducative..... | 266 |
| D.8. La gravité de la promesse non tenue..... | 266 |
| D.9. L'autosuffisance des soignants..... | 266 |
| D.10. Les demandes de contrôle des patients..... | 267 |
| D.11. Un défi à la loi..... | 267 |
| D.12. « Vol au-dessus d'un nid de coucou »..... | 267 |
| E. Des récits..... | 267 |
| E.1. Quelques histoires..... | 268 |
| « Mohamed Ali »..... | 268 |
| « Le frère »..... | 269 |
| « Le Penjâbi »..... | 270 |
| « Le peintre »..... | 271 |
| « La petite mémère »..... | 272 |
| « Le musicien »..... | 272 |
| E.2. Quelques fictions..... | 272 |
| E.2.1. Les œuvres littéraires..... | 273 |
| « Sur la route » de Jack Kerouac..... | 273 |
| Les bouquins d'aventure..... | 273 |
| Rudyard Kipling..... | 273 |
| « L'Assommoir », « Au bonheur des dames », « l'Argent », « la Terre » d'Émile Zola..... | 273 |
| « Le Joueur » de Fiodor Dostoïevski..... | 274 |

| | |
|--|------------|
| E.2.2. Les œuvres cinématographiques..... | 275 |
| « Human Traffic » (Justin Kerrigan, 1999) | 275 |
| « Trainspotting » (Danny Boyle, 1996) | 275 |
| « Les Tontons Flingueurs » (Georges Lautner, 1963) | 275 |
| « Requiem for a Dream » (Darren Aronofsky, 2000)..... | 275 |
| « Un dernier verre pour la route » (Philippe Godeau, 2009) | 276 |
| « Le jour du vin et des roses » (Blake Edwards, 1962) | 276 |
| E.3. Synthèse | 276 |
| 4.3. Analyse comparative | 277 |
| <i>Selon le dispositif d'entretien</i> | 277 |
| <i>Selon le lieu de soin</i> | 278 |
| 4.4. Validité des résultats..... | 279 |
| <i>Description du procédé de recherche</i> | 279 |
| <i>Travail de réflexivité des chercheurs</i> | 280 |
| <i>La triangulation</i> | 280 |
| <i>L'objectivité</i> | 281 |
| <i>La validité</i> | 281 |
| <i>La fidélité</i> | 283 |
| Synthèse des résultats | 284 |
| 1. <i>Communauté d'expérience et transition paradigmatique</i> | 285 |
| 2. <i>Les sources des difficultés : patients difficiles, produits puissants, soignants vulnérables, institutions fragiles et monde extérieur hostile</i> | 286 |
| 3. <i>Les effets des difficultés : défiance, contrôle et abandon</i> | 292 |
| 4. <i>Les solutions face aux difficultés : confiance, soin de soi, engagement prudent, créativité, travail d'équipe et institutions soutenantes</i> | 296 |
| 5. <i>Une certaine adaptation aux tâches primaires</i> | 299 |
| 6. <i>Une défiance persistante</i> | 300 |
| Discussion avec les données de la littérature..... | 301 |
| Limites..... | 306 |

**TROISIEME PARTIE — DE LA DEFIANCE A L'AMOUR: UNE
PREMIERE THEORIE ETHIQUE ET CLINIQUE DE LA RELATION
DE SOIN EN ADDICTOLOGIE311**

L'identité du soignant : un narcissisme écartelé 312

1. *Soignants singuliers : aventuriers et sujets moraux* 312
2. *Addictologues incertains* 313
3. *Entre bravoure et déchéance*..... 317
4. *Rencontrer l'autre ?*..... 318

L'autre du soin 319

1. *La souffrance*..... 319
2. *L'anormalité*..... 320
3. *Le monstre et le héros* 321

La relation à l'épreuve 322

1. *Les épreuves* 322
2. *Le tiers défaillant*..... 324
3. *Le choc des narcissismes*..... 325
4. *La défiance et ses pratiques* 330

La rencontre et le soin malgré tout 331

1. *Une restauration de la subjectivité* 332
2. *Une reconnaissance de l'autre*..... 333
3. *Une requalification du tiers* 333
4. *L'amour d'objet et la confiance*..... 334
5. *Le soin* 337

Conclusion 339

**QUATRIEME PARTIE — LA THEORIE A L'EPREUVE
SUBJECTIVE (EXPERIENCE PERSONNELLE DU SOIN EN
ADDICTOLOGIE)341**

Ma rencontre avec le champ de l'addictologie et les patients ... 342

Trois rencontres dans le soin 355

1. Monsieur A 356

2. Madame C 363

2.1. L'inquiétude et l'effroi 367

2.2. Le retour de Céline 368

2.3. Une accalmie 368

2.4. L'arrivée de Yanis 368

2.5. Une période « normale »..... 369

2.6. La dérive et la catastrophe 370

3. Monsieur P 371

Une expérience singulière 377

1. Mon identité de soignant 377

2. Mon autre du soin..... 379

3. Nos épreuves..... 380

4. Un mouvement vers le soin..... 382

**Le nœud éthique : Répondre à une attente corrosive et silencieuse
..... 388**

**CINQUIEME PARTIE — ENTRE DEFIANCE ET AMOUR, LE
DESEQUILIBRE DE L'INQUIETUDE : VERS UNE SECONDE
THEORIE ETHIQUE ET CLINIQUE DE LA RELATION DE SOIN
EN ADDICTOLOGIE393**

La polysémie de l'inquiétude dans son acception commune 394

Différents discours spécialisés sur l'inquiétude 395

1. Inquiétudes en sociologie 395

1.1. La vulnérabilité comme expérience généralisée 396

1.2. La « culture de l'inquiétude » 397

1.3. Le refus de la conflictualité 398

1.4. La narrativité restreinte 399

1.5. De « l'agir faible » à « l'agir poïétique » 400

2. Inquiétudes en philosophie 403

2.1. L'inquiétude de l'inadéquation à soi 403

2.2. L'inquiétude du temps et de la finitude 405

2.3. L'inquiétude par la présence de l'autre 406

3. Inquiétudes en psychanalyse 409

3.1. L'inquiétude du désir 410

3.2. L'angoisse 411

3.3. L'inquiétant 416

Les deux visages de l'inquiétude 420

1. L'inquiétude paralysante 420

1.1. Un état stable 420

1.2. La défiance au cœur du duel 422

1.3. Le risque de la haine 424

1.4. Paralysie et mort 434

| | | |
|---|--|------------|
| 2. | <i>L'inquiétude mobilisante</i> | 436 |
| 2.1. | Un élanement | 436 |
| 2.2. | La confiance possible par le tiers..... | 439 |
| 2.3. | Au risque de l'amour ? | 442 |
| 2.4. | Mouvement et vie | 445 |
| Une mobilisation de l'inquiétude pour la relation de soin..... | | 447 |
| 1. | <i>Du l'inquiétude par soi à l'inquiétude pour soi</i> | 447 |
| 2. | <i>De l'inquiétude par l'autre à l'inquiétude pour l'autre</i> | 455 |
| 3. | <i>La dialectique inquiétude pour soi / inquiétude pour l'autre</i> | 462 |
| Vers une éthique et une clinique amoureuses de la relation inquiète..... | | 467 |
| 1. | <i>La relation inquiète en addictologie</i> | 467 |
| 1.1. | Topographie de la relation inquiète | 467 |
| | <i>L'autre étrange(r) mais en attente</i> | 468 |
| | <i>Le sujet incertain mais responsable</i> | 469 |
| | <i>Le tiers à l' « extérieur »</i> | 471 |
| 1.2. | Dynamique de la relation inquiète | 473 |
| | <i>La défiance première</i> | 473 |
| | <i>La circularité problématique</i> | 475 |
| 2. | <i>Une éthique et une clinique amoureuses</i> | 476 |
| 2.1. | Les « lieux » de l'action éthique et clinique | 476 |
| | <i>Le primat du tiers</i> | 476 |
| | Le tiers interne par le souci de soi | 477 |
| | Le tiers externe par l'engagement « politique » | 480 |
| | La reconnaissance des tiers externes | 480 |
| | Le soutien à leur prise de fonction..... | 483 |
| | <i>La reconnaissance de l'autre addicté</i> | 486 |

| | |
|--|------------|
| 2.2. Vers une relation autrement inquiète | 487 |
| <i>La vulnérabilité humaine du soignant</i> | 487 |
| <i>L'inquiétude « organe-obstacle »</i> | 489 |
| <i>La défiance et la confiance</i> | 490 |
| <i>La dialectique liaison-déliaison</i> | 492 |
| <i>L'autre circularité</i> | 494 |
| Avant la discussion, quelques limites | 497 |
| CONCLUSION | 502 |
| <i>Table des illustrations et tableaux</i> | 516 |
| <i>Table des annexes (support numérique)</i> | 517 |
| <i>Références bibliographiques</i> | 518 |
| Articles | 518 |
| Ouvrages, chapitres d'ouvrages et mémoires | 525 |
| Entrées de dictionnaires | 534 |
| Documents officiels, textes de loi, sources internet et œuvres cinématographiques | 535 |
| Communications scientifiques | 536 |

Introduction

Le premier patient « addicté » que nous avons rencontré s'était rendu aux urgences de l'hôpital, où nous effectuions l'un de nos premiers stages d'étudiant hospitalier, dans l'espoir qu'un soignant répondrait à sa demande. Il voulait qu'on lui délivre un médicament opiacé pour le soulager des douleurs du sevrage d'héroïne qu'il tentait de réaliser. Sans doute espérait-il également rencontrer quelqu'un qui lui demanderait comment il va et s'il avait besoin d'aide au-delà du soulagement immédiat de sa douleur physique. Mais au début des années 1990, la pratique d'un soin de « substitution » était étrangère aux services d'urgence. Les patients dépendants aux opiacés ne voyaient souvent que des étudiants totalement dépassés par leur souffrance et leur agitation, et sans aucune capacité de réponse soignante satisfaisante. Cette expérience a été la source d'une de nos premières perplexités dans le soin : comment une telle souffrance manifestée pouvait-elle demeurer sans réponse ? Nous nous interrogeons alors sur la place que nous avons choisi d'occuper. Les réactions de nos aînés ne faisaient que renforcer cette perplexité : le patient dépendant était-il d'une autre nature que les autres patients ? le médecin pouvait-il devenir un « dealer » ? l'addiction justifiait-elle une suspension de la règle déontologique d'absence de jugement moral porté sur les patients ?

Il nous avait alors semblé que cette perplexité venait de notre manque de connaissance et de notre « immaturité professionnelle ». Mais lorsque nous avons

retrouvé ces patients quinze ans plus tard, alors que nous avons accumulé une certaine expérience et des savoirs théoriques – et bien que le contexte social et sanitaire ait évolué vers moins de stigmatisation et plus d’outils de soin pour les addictions – nous nous sommes retrouvé face aux mêmes questions, et aux mêmes difficultés pour y répondre. Notre perplexité s’est alors muée en inquiétude. Sentant que cette dernière rendait nos rencontres avec les patients problématiques, et qu’elles nous envahissaient, ainsi que nos collègues, il nous a paru nécessaire de mener une réflexion sur les enjeux éthiques en présence dans la relation de soin dans le champ particulier des addictions.

Avant de préciser le cadre épistémologique dans lequel nous souhaitons nous inscrire pour tenter de mener à bien cette enquête éthique, nous devons préciser la signification que nous donnons à certains mots qui reviendront fréquemment dans notre propos. Il existe certains consensus sur l’usage de termes comme « soin », « soignant », « patient », par rapport auxquels nous nous situerons en résistance, ou simplement un flou dans leur utilisation que nous ne souhaitons pas maintenir. Le *soin* sera pour nous la *volonté de prendre soin* d’une autre personne, souffrante. Il implique la préoccupation du soignant pour l’autre, et induit la mobilisation de ses capacités émotionnelles de sujet, comme de ses compétences techniques de professionnel. Le soin nécessite donc des pratiques expertes, mais ne se résume en aucun cas à ces dernières. Il est un mouvement inquiet vers l’autre avec une volonté de proposer une aide à la fois sensible et précise. Ainsi considéré, le soin ne se limite pas à l’action des professionnels du champ sanitaire. Pour nous, le soin des addictions s’étend ainsi également aux intervenants spécialisés agissant dans le domaine socio-éducatif. Les *soignants* désignent ainsi l’ensemble des professionnels dédiés aux soins. Nous ne suivons donc pas la distinction devenue classique à l’hôpital entre médecins et « soignants », ces derniers correspondant aux personnels non médicaux. De même, nous utiliserons également le terme de soignant en parlant des intervenants socio-éducatifs. La position de médecin, d’infirmier ou d’éducateur n’est, bien entendu, pas la même face aux personnes en soin, et nous le soulignerons à propos des modèles théoriques et des dispositifs pratiques dans le domaine du soin des addictions. Lorsque nous souhaiterons souligner ces différences, nous utiliserons des termes spécifiques. Mais le plus souvent, nous chercherons à mettre en relief la communauté d’expérience des

professionnels, et leur charge de responsabilité, en les désignant conjointement comme des soignants. Enfin, l'autre de la rencontre sera pour nous le *patient*. Il ne s'agit pas d'un excès de « médico-centrisme » de notre part, ni de négligence de ce que ce terme peut porter, pour certains, de la marque de la soumission au pouvoir médical, de la passivité ou de la résignation. « Patient » – celui qui pâtit – demeure pour nous le meilleur mot pour parler d'une personne en souffrance et en attente d'une aide. D'autres termes souvent utilisés, comme « client » ou « usager », ont certes l'avantage de prêter plus d'activité aux personnes souffrantes, mais sont impropres à représenter la charge émotionnelle de leur expérience. Il nous arrivera toutefois, selon le contexte, de parler de personne souffrante, de personne addictée¹, de sujet ou d'addicté à propos de l'autre du soin.

C'est donc le soin qui est l'objet de notre réflexion éthique. Nous souhaitons nous inscrire dans une *éthique du soin*. Mais celle-ci ne constitue pas un « label » et nous devons la définir. Elle est pour nous un espace de pensée consacré aux positions des soignants dans le soin, et à la nôtre en premier lieu. Dans ce cadre, ce sont les décisions, les paroles et les actes des soignants qui sont les objets d'une évaluation problématisée. Présenter l'éthique de cette façon est affirmer d'emblée que les « bonnes intentions » ne garantissent pas la valeur « bonne » d'un acte de soin. La valeur éthique du soin n'est donc pas un donné, en dépit d'une intention soignante très majoritairement bienveillante. Il y a donc lieu de faire l'effort d'interroger les positions et les pratiques, et cette interrogation doit être méthodique. Monique Canto-Sperber² le souligne pour nous.

La qualité des intentions garantit rarement à elle seule la qualité des résultats si ces intentions ne sont pas passées au crible de la réflexion critique et relayées par la délibération sur les moyens d'action, les conséquences, les contraintes qui pèsent sur toute décision. (p.86)

¹ Nous utilisons l'expression choisie par Joyce Mac Dougall pour parler des personnes en situation de dépendance à des substances psychoactives ou à des objets symboliques. L'anglicisme « addict » est plus couramment utilisé mais ne constitue pas un objet théorique propre. De plus, certains auteurs anglophones préfèrent l'adjectif « addicted » au substantif « addict », ce dernier mettant un accent trop fort sur la stabilité identitaire des sujets addictivement dépendants. En tout état de cause, nous utiliserons le terme « addicté » en insistant sur la communauté d'expérience des patients. Nous ne parlerons d'« alcooliques » et de « toxicomanes » que dans le cadre particulier de certains courants du soin ou pensées d'auteurs.

² Monique Canto-Sperber, *L'inquiétude morale et la vie humaine* (Paris: Presses Universitaires de France - PUF, 2001).

Nous sommes donc appelés à nous engager dans une « réflexion critique » et une « délibération » qui prend en compte antériorité, actualité et projection des actes du soin. C'est un travail de la raison qui nous aide à penser l'éthique. Pour Edgar Morin³ : « l'éthique doit mobiliser l'intelligence pour affronter la complexité de la vie, du monde, de l'éthique elle-même » (p.64). Mais il s'agit d'une intelligence « complexe », et non simplement instrumentale. Les procédures et échelles d'évaluation ne nous sont ici d'aucune aide⁴, et la logique même est limitée dans ses capacités à appréhender les réalités profondes en jeu dans le soin. Ce dernier, tel que nous l'avons défini, est plus qu'un ensemble d'actes experts, c'est d'abord une interaction entre individus, fondamentalement complexe, ou pour le dire en des termes plus sensibles, une relation. L'éthique de la relation mobilise donc une intelligence qui doit recourir à toutes ses capacités de raisonnement mais aussi les intégrer dans une perspective plus large et plus ouverte, pouvant accueillir également une pensée plus émotionnelle. Une telle ambition réclame une méthode que nous allons bientôt présenter. Mais, au préalable, il nous faut encore insister sur le fait que l'éthique ne constitue pas pour nous un système clos, qui aurait une logique interne propre et autonome, s'appuyant sur un savoir spécifique et des compétences formelles. L'éthique n'est pas pour nous l'affaire de spécialistes en éthique, d' « éthiciens », mais plutôt celle de soignants « ordinaires » décidés à chercher des réponses aux perplexités qui les assaillent dans le quotidien de leurs relations avec les patients⁵. C'est cet engagement qui fait entrer le soignant dans la pensée éthique et lui donne une occasion de sentir les résonnances que le soin des patients induit en lui, bien plus que les discours pédagogiques sur l'éthique. L'éthique du soin ne doit, bien entendu, pas être l'exclusivité des soignants. En l'absence de regards et d'interventions extérieurs, elle se réorganiserait en système clos et conduirait à des raisonnements auto-justificateurs ou à des mystiques compassionnelles. Cependant, un discours sur l'éthique du soin n'a de sens que dans un ancrage très fort dans l'expérience quotidienne du soin des patients, dans la clinique. Dans la perspective que nous adoptons, l'éthique n'a de sens que dans

³ Edgar Morin, *La méthode 6: Ethique* (Paris: Seuil, 2004).

⁴ Voir par exemple : Didier Sicard, *L'alibi éthique* (Paris: Plon, 2006).

⁵ Voir par exemple : Emmanuel Hirsch, *Le devoir de non-abandon : Pour une éthique hospitalière et du soin* (Paris: Cerf, 2004).

l'engagement clinique⁶... et la clinique de sens que dans une pensée de l'éthique. Cela ne signifie pas pour autant qu'elles sont à confondre. Elles ont parfois des chemins incompatibles et des impératifs contradictoires, et entrent en conflit, mais elles sont indissociables. L'éthique du soin nécessite donc une longue approche des problèmes qui apparaissent. Elle doit ensuite créer de nouvelles possibilités d'actions, faire des propositions. Mais nous devons d'emblée renoncer à penser ces dernières comme univoques et définitives. Morin le dit en ces termes : « Le devoir n'est pas ce qui reste simple face à une réalité complexe. Le devoir est lui-même complexe. » (p.60). Enfin, la relation que nous voulons explorer ne met pas en jeu que deux sujets. Chacun possède un « entourage » – famille, équipe, amis, société... – qui participe à la relation. La pensée éthique ne peut donc pas se concentrer uniquement sur le colloque singulier. Elle doit le regarder dans ses liens multiples avec l'espace social. C'est ainsi que nous nous intéresserons autant aux expériences subjectives du soignant qu'aux mouvements des groupes dans lesquels ils prennent place.

Dans notre souhait d'éviter de recourir à des simplifications éthiques, nous avons besoin d'une méthode pour notre réflexion. Le paradigme de complexité d'Edgar Morin nous en fournira le cadre épistémologique, et George Devereux, la méthodologie complémentariste.

Selon Morin⁷, la science positive moderne et contemporaine est structurée par un « paradigme de simplicité » qui repose sur les notions d'ordre, de séparabilité et de raison. Ce paradigme a permis de grandes avancées du savoir, mais il devient de moins en moins pertinent pour décrire le monde. La notion d'ordre s'inscrit dans « une conception déterministe et mécaniste » (p.247) du monde. Elle postule que la perception d'un désordre résulte d'une ignorance et que le savoir permettra de dégager l'ordre sous-jacent. La notion de séparabilité invite à « décomposer en éléments simples » (p.248) un problème complexe et à étudier ces éléments hors de leur contexte et de leurs liens d'interdépendance. Il conduit également à

⁶ Le terme de *clinique* que nous couplons à celui de *soin* conserve la même signification ouverte de pratiques associées à un mouvement du « prendre soin » commun aux différents professionnels impliqués dans l'aide aux patients addictés. De ce point de vue, il existe une clinique éducative comme il existe une clinique médicale ou infirmière.

⁷ Edgar Morin et Jean-Louis Le Moigne, *L'intelligence de la complexité* (Paris: L'Harmattan, 1999).

l'hyperspécialisation des chercheurs et des études. Enfin la notion de raison consacre une pensée « objective », froide et distanciée, des problèmes du monde, une « Raison absolue » (p.249) dont la puissance déductive permet de triompher de l'opacité. Pour Morin, le paradigme de simplicité ne doit pas être rejeté. Il est utile, mais il doit être intégré dans un paradigme plus large et plus ouvert : celui de la complexité. Ses trois notions-piliers ne doivent pas être négligées, mais elles doivent entrer dans un rapport singulier avec leurs opposés : désordre, inséparabilité et transgression nécessaire à la logique raisonnante. Ce rapport constitue précisément le cœur du premier des trois principes – dialogique, de récursion et hologrammatique – qui régissent le paradigme de la complexité. Le principe *dialogique* pose que des opposés, comme ordre et désordre, doivent être pensés conjointement comme des notions interdépendantes mais distinctes. L'une ne doit pas exclure l'autre, l'une portant en elle l'autre. Nous aurons recours à ce principe pour caractériser la relation de soin et ses destins, au travers, par exemple d'une dialogique confiance-défiance. Le second principe, dit de *récursion*, repose sur la notion d'auto-organisation des systèmes vivants, qu'ils soient biologiques ou sociaux. Ces systèmes s'organisent de manière complexe et en lien de dépendance avec leur environnement. Cela implique une circularité des liens de causalité : les causes produisent des effets qui produisent les causes. Morin en donne un exemple : « Les individus humains produisent la société dans et par leurs interactions, mais la société, en tant que tout émergent, produit l'humanité de ces individus en leur apportant le langage et la culture » (p.255). Suivant ce principe, nous nous garderons de poser comme définitives les causalités qui émergeront, et nous tenterons de les intégrer dans un réseau d'interrelations plus ouvert. Enfin le principe *hologrammatique* fait apparaître que, dans les systèmes auto-organiseurs, « la partie est dans le tout, mais le tout est dans la partie » (p.255). De même que chaque élément de l'hologramme est constitué d'une image complète, chaque cellule vivante, par exemple, contient le programme génétique entier de l'organisme dont elle est une infime partie. Les deux derniers principes impliquent que l'observateur devient partie intégrante du système qu'il observe. En cela, l'observation, non seulement de ses effets sur le système, mais également des effets du système sur lui-même, est essentielle à une approche complexe des phénomènes du monde. Ce cadre ouvert de pensée nous permettra de « séparer » des éléments de

la relation de soin pour les relier ensuite, et d'associer des lectures inductives et déductives de ces analyses tout en les mettant en discussion avec notre expérience subjective.

Une première conséquence du choix d'une épistémologie complexe et la nécessité, soulignée par Morin, d'avoir recours à des savoirs séparés de fait dans diverses disciplines de pensée, et de les mettre en lien. À partir du cadre de l'ethnopsychanalyse, Georges Devereux⁸ nous aide à concevoir les modalités d'une telle approche. Notre recherche, éthique et clinique, sur la relation de soin en addictologie entre dans ce que Devereux appelle l'« étude de l'Homme ». Pour lui, dans le cadre de cette dernière, il est « obligatoire d'expliquer un comportement, déjà expliqué d'une manière, d'une autre manière – c'est-à-dire dans le cadre d'un autre système de référence » (p.9). Comme Morin, il appelle à une pluridisciplinarité. Cette dernière doit postuler que chaque explication fournie par un système de référence donné est complète et cohérente. Elle ne doit donc pas être altérée par les autres, mais plutôt mise en discussion avec les autres. C'est le sens de l'injonction de Devereux à ne pas s'engager dans une « interdisciplinarité fusionnante et simultanée » (p.10). Il ne s'agit pas de constituer une méta-discipline, mais de faire dialoguer les disciplines existantes : « La pluridisciplinarité (...) n'a pas besoin d'être 'créée'. Il suffit d'en constater l'existence – et l'inévitabilité méthodologique – et d'en tirer les conséquences qui s'imposent » (p.10). Ce « complémentarisme » est, pour Devereux, indispensable à la compréhension des phénomènes humains. Il permet de la compléter en mettant en discussion les différentes explications de manière « non fusionnante, 'non-simultanée' (...) et obligatoire » (p.10).

De même que Morin trouve l'éthique dans un « travailler à bien penser » qui émerge du paradigme de complexité, Devereux nous permet de penser l'éthique, non comme une méta-discipline, mais comme un espace où se déploie la discussion entre différentes « explications » philosophiques, sociologiques et psychologiques. Pour développer notre réflexion sur la relation de soin en addictologie, nous devons donc présenter divers discours issus de ces « cadres de référence » pour les faire dialoguer, sans jamais les fusionner. C'est ainsi, par exemple, que nous

⁸ Georges Devereux, *Ethnopsychanalyse complémentariste* (Paris: Flammarion, 1972).

pourrons rapprocher inquiétudes sociologiques, philosophiques et psychanalytiques, sans toutefois les assimiler les unes aux autres ou « créer » un méta-concept.

Au moment de nous engager dans une « pensée critique » de la relation de soin qui se met en place dans le contexte des addictions, nous aurons à examiner le contexte dans lequel se situe cette relation, à la caractériser au plus proche de l'expérience et à en distinguer les éventuelles impasses problématiques. Il nous faudra ensuite nous mettre en quête de voies de dégagement pour tenter de relancer le mouvement éthique et clinique de la relation.

Une première partie nous permettra de présenter le contexte dans lequel se vit la relation de soin. Nous pourrons voir que l'addiction est aujourd'hui un « fait social total » au sens de Marcel Mauss. Nous en détaillerons les dimensions sociologiques, médico-psychologiques et morales, ce qui nous fera appréhender les différents cadres conceptuels « classiques » qui sous-tendent l'action soignante aujourd'hui. Nous verrons qu'ils sont en évolution et se condensent d'une manière singulière dans le courant addictologique contemporain, créant un climat particulier pour la relation de soin. Le cadre de référence socio-anthropologique présidera à cette première approche contextuelle.

Nous présenterons ensuite ce qui apparaît de l'expérience que les professionnels de l'addictologie font de la relation de soin. Cette expérience sera regardée d'abord au travers de données de la « littérature » scientifique, puis de discours de soignants recueillis dans le cadre d'une étude que nous avons menée avec notre groupe de recherche. Nous prendrons soin de détailler la méthodologie de l'étude « Éthique et Narrativité dans les Addictions » (EthNaA), ainsi que ses divers résultats, de manière à souligner son inscription dans une épistémologie de la complexité. Les soignants pourront faire part de leurs difficultés diverses dans leurs relations avec les patients et en distinguer les sources, les effets et les voies de dégagement potentielles.

Notre troisième partie sera le lieu d'un premier travail de théorisation à partir des résultats de l'étude. Cette théorie s'appuiera sur les discours manifestes des soignants, mais également sur nos expériences propres de chercheurs ; l'analyse des effets de notre présence sur l'observation du « système relation », et du système sur nous-mêmes devenant centrale. Elle se construira dans un cadre de référence

psychanalytique. Cette première théorie, très cohérente, montrera pourtant des limites dans sa capacité à rendre compte de manière satisfaisante de l'expérience de la relation. Suivant les encouragements de nos auteurs, il nous faudra alors mettre en jeu notre propre expérience du soin.

La quatrième partie sera donc l'exposé de notre rencontre avec le domaine des addictions et la pratique addictologique. Nous ferons part à nouveau de nos perplexités et inquiétudes, mais elles auront cette fois des sources essentiellement internes : affects, fantasmes, angoisses. Nous pourrons également évoquer trois histoires de relation avec des patients. Elles permettront de donner une figure à ces derniers, mais également d'aborder l'expérience soignante d'un point de vue radicalement subjectif. Cela nous conduira à faire dialoguer des discours tenus dans un cadre expérimental, celui d'EthNaA, avec un regard sur soi ouvrant un niveau supplémentaire de complexité. À ce stade, nous pourrons nous risquer à formuler une problématique éthique centrale dans la relation de soin en addictologie : celle de la difficile réponse à une attente corrosive et silencieuse du patient.

Notre cinquième et dernière partie sera celle de la mise en discussion des divers discours que nous aurons invités. L'inquiétude, qui aura été pour nous à l'origine de ce travail, sera l'idée transversale autour de laquelle dialoguerons des conceptions sociologiques, philosophiques et psychanalytiques de la position de sujet en présence de l'autre, dans la relation. Nous verrons que cette inquiétude, souvent paralysante, peut être mobilisante, à certaines conditions. Elle peut alors permettre un changement de positionnement subjectif du soignant et une relance de la relation de soin. Cette analyse nous permettra de proposer une seconde théorie de la relation où certaines « interventions », sur soi et l'environnement, pourraient permettre d'investir différemment le lien avec les patients et, ainsi, de restaurer les qualités éthiques et cliniques du soin.

Nous espérons que, au terme de ce parcours, nous serons en mesure d'attester d'une réflexion éthique respectueuse de la complexité en jeu dans la relation qui se tisse entre soignants et patients dans le contexte du soin des addictions. Nous aurons cherché quoiqu'il en soit à répondre à l'encouragement de Monique Canto-Sperber⁹ :

⁹ Canto-Sperber, *L'inquiétude morale et la vie humaine*. op.cit.

C'est à la réflexion qu'il incombe d'évaluer les buts visés par l'action, d'examiner d'autres actions possibles, de considérer le contexte où l'action va s'enchaîner, d'envisager les situations où elle sera mise en échec, les effets néfastes qu'elle entraînerait et les situations irréversibles qu'elle pourrait créer. La réflexion oblige également à un travail de légitimation, puisqu'il faut expliciter les raisons qui justifient l'action. En tout cela, la réflexion éthique reste en rapport étroit avec l'action, même si la nécessité d'agir y met provisoirement un terme. (p.86)

PREMIÈRE PARTIE — L'addictologie dans son contexte contemporain : un cadre de soin incertain

Pour situer le contexte dans lequel prend place la relation de soin, nous allons devoir présenter l'addiction en tant que concept théorique et fait social. Cela nous permettra d'appréhender certaines représentations implicites à l'œuvre dans le soin ainsi que les singularités du mouvement addictologique contemporain.

Le concept d'addiction

L'addiction est un terme contemporain dont l'usage courant ne date que d'une vingtaine d'années. Il est venu condenser et remplacer les anciennes catégories « alcoolisme » et « toxicomanie ». L'addiction, qui associe dans le sens commun comme dans les définitions scientifiques les notions de dépendance et de perte de contrôle, couvre aujourd'hui un champ extensif de l'expérience humaine.

Les origines étymologiques du mot « addiction » sont assez explicites. *Addiction* dérive du mot latin *addictio*¹⁰ qui peut être traduit par les adjectifs « adjudé » et « condamné » ou par le nom commun « esclave ». En droit romain, le terme désignait donc à la fois le processus d’adjudication et le changement de nature qu’il opérait chez le justiciable. Un citoyen incapable d’honorer ses dettes se voyait contraint à « rembourser » son créancier en devenant son esclave pour une durée proportionnelle au montant de la dette. En droit pénal français, ce principe transposé a longtemps été désigné par le terme tout à fait explicite de « contrainte par corps ». Cette dénomination a été modifiée en 2004¹¹ et le principe, plus restreint dans ses applications, est désormais désigné par la « contrainte judiciaire ». Un citoyen solvable n’honorant pas ses dettes se voit condamné à une peine de prison déterminée par le juge d’application des peines en fonction des sommes dont il est redevable. Dans l’histoire récente du concept que nous allons bientôt détailler, le terme d’addiction a été choisi pour son évocation du processus par lequel une personne se trouve devenir l’esclave, par l’engagement de la totalité de son Être, en réparation de ce qui semble être une dette infinie.

1.L’émergence du concept d’addiction

Le terme d’addiction est réputé avoir fait son apparition en France dans les années 90. Il était déjà utilisé dans la littérature médicale anglophone depuis une vingtaine d’années¹². Au cours du XXème siècle, les dénominations internationales, notamment celles de l’OMS s’étaient modifiées, faisant évoluer les termes « toxicomanie » et « alcoolisme » passés dans le domaine commun vers celui de dépendance dans les années 50 (« dépendance à l’égard des drogues » puis « pharmacodépendance »), puis à celui d’addiction, principalement après les réflexions du psychologue Stanton Peele^{13,14,15} et le succès des travaux d’Aviel

¹⁰ « Addictio », *Dictionnaire latin-français : Le grand Gaffiot* (Paris: Hachette, 2000).

¹¹ Article 749 du Code de Procédure Pénale modifié par la loi du 9 mars 2004.

¹² Ce mot venait servir une pluralité de causes : celle de l’assemblage théorique de différentes conduites de dépendance jusqu’alors traitées séparément, celle de la constitution des fondements permettant l’érection d’une nouvelle discipline, l’addictologie et celle d’une pathologisation du discours espérant alléger le stigmate pesant sur les sujets dépendants.

¹³ Stanton Peele, *Love and Addiction* (New York: Taplinger, 1975).

Goodman¹⁶. Il faut toutefois rappeler que le terme d'addiction avait déjà une histoire dans la littérature psychanalytique internationale¹⁷.

1.1. Les origines psychanalytiques

Il existe chez Sigmund Freud¹⁸ une réflexion théorique autour des « habitudes morbides » mais sans élaboration systématique au sujet des conduites de consommations compulsives. Cependant, il se dessine déjà l'idée du recours répété à l'objet comme jouissance et comme compensation d'une relation primordiale faisant défaut. Les successeurs de Freud, notamment Sandor Ferenczi¹⁹ défendent déjà la nécessité de rechercher les causes profondes du comportement de dépendance pour le traiter :

L'alcoolisme et d'autres toxicomanies peuvent être considérées comme des états morbides, mais pas seulement du fait des quantités de toxiques absorbés, ce qui ne constitue qu'un phénomène secondaire de la maladie, une conséquence de celle-ci. La psychanalyse recherche et découvre le véritable noyau pathogène de l'alcoolisme, de la morphinomanie, de la cocaïnomanie dans les faits psychiques inconscients. On ne peut donc pas considérer qu'un alcoolique est guéri parce qu'on a pu le détourner temporairement de son penchant néfaste par la désintoxication ou la suggestion ; la désintoxication doit être complétée par un travail psychanalytique qui dévoile et neutralise les véritables mobiles psychiques du besoin compulsif de drogues. (p. 188)

¹⁴ Stanton Peele, « Redefining addiction I: Making addiction a scientifically and socially useful concept », *International Journal of Health Services* 7 (1977): 103-24.

¹⁵ Stanton Peele, *The meaning of addiction: compulsive experience and its interpretation* (Lexington: Lexington Books, 1985).

¹⁶ Aviel Goodman, « Addiction: definition and implications », *British Journal of Addiction* 85, n° 11 (1990): 1403-8, doi:10.1111/j.1360-0443.1990.tb01620.x.

¹⁷ Nous renvoyons à l'article très complet et précis : Marie-Madeleine Jacquet et Alain Rigaud, « Emergence de la notion d'addiction », in *Les addictions*, par Sylvie Le Poulichet (Paris: Presses Universitaires de France - PUF, 2002).

¹⁸ Notamment : Sigmund Freud, « Traitement psychique (Traitement d'âme) (1890) », in *Résultats, idées, problèmes I* (Paris: Presses Universitaires de France - PUF, 1984), 1-23.

¹⁹ Sándor Ferenczi, « Présentation abrégée de la psychanalyse (1927) », in *Psychanalyse IV, Œuvres complètes, 1927-1933* (Paris: Payot, 1990).

Nous voyons déjà apparaître ici la notion d'un « noyau pathogène » commun aux différentes formes de consommations compulsives de toxiques (alcool, cocaïne, morphine). Les travaux de Sandor Rado²⁰ viennent étayer cette idée en introduisant le terme d'addiction en 1928. Chez Rado, ce mot est circonscrit à l'usage de drogues et ne revêt pas encore la signification englobante qu'il aura bientôt. Il fait toutefois le choix pour la première fois d'évoquer cette vieille notion du droit romain pour décrire l'expérience du sujet dépendant aux drogues.

C'est en 1932 que le psychanalyste anglais Edward Glover²¹ reprend le terme d'addiction et lui ouvre le champ des dépendances toxiques mais aussi celui de ce qui est appelé aujourd'hui les addictions comportementales. Par analogie aux substances toxiques, il définit en effet les « substances psychiques » qui représentent des comportements compulsifs comme la boulimie par exemple. Il affirme « (a) que dans des conditions psychiques appropriées toute substance peut fonctionner comme « drogue », (b) que les « substances psychiques » peuvent fonctionner comme des substituts à des idées de substances réelles » (p.118). Glover sera également celui qui associera l'addiction au concept naissant d'état limite.

Les théories psychanalytiques de l'addiction connaîtront de nombreux enrichissements ultérieurs mais leurs bases sont posées avec les travaux de Glover. Le terme psychanalytique d'addiction est mentionné pour la première fois dans la littérature française en 1973 par Alain de Mijolla et Salema Shentoub²², mais c'est Joyce McDougall²³ qui le développera et le défendra.

À la marge du champ d'influence de la psychanalyse, c'est donc Stanton Peele qui contribua à faire connaître le mot et le concept d'addiction. À partir de son ouvrage *Love and Addiction*²⁴, Peele ouvre clairement le champ de description de l'addiction à l'ensemble des conduites de dépendance qu'elles impliquent des produits psychotropes ou non. Certains modes de relation amoureuses sont ainsi intégrés dans la catégorie des addictions. Il reste dans son analyse assez proche du

²⁰ Sándor Rado, « The psychic effects of intoxication: attempt at a psycho-analytic theory of drug addiction », *International Journal of Psychoanalysis* 4 (1928): 301-17.

²¹ Edward Glover, « On the aethiology of drug addiction », *International Journal of Psychoanalysis* 13 (1932): 298-328.

²² Alain de Mijolla et Selma Shentoub, *Pour une psychanalyse de l'alcoolisme* (Paris: Payot, 1973).

²³ Joyce McDougall, *Plaidoyer pour une certaine anormalité* (Paris: Gallimard, 1978).

²⁴ Peele, *Love and Addiction*. op.cit.

courant américain de la psychanalyse et soutient que l'addiction n'est pas une maladie, qu'elle n'est pas un état de rupture avec la santé normale, qu'elle n'est pas permanente et qu'elle possède une signification et a une utilité pour le sujet.

1.2. La cristallisation médicale du concept

Il semble que malgré cette position « compréhensive », les travaux de Peele ont servi, avec ceux des nouveaux courants cognitivistes, de base à l'élaboration du concept médical, plus naturaliste, d'addiction. Les comportements de dépendance devenant au cours des années 1970 et 1980 des réalités sociales, le SIDA apparaissant avec ses liens à la toxicomanie, les administrations de la santé et les sociétés savantes cherchent à caractériser de façon scientifique ce phénomène. En 1990 le psychiatre Aviel Goodman²⁵ invoque la nécessité d'unifier les diverses descriptions de l'addiction pour en donner une définition univoque et universelle. Son objectif est de délimiter au sein de la psychiatrie un espace d'élaboration théorique et pratique autour des spécificités des conduites addictives.

[Il s'agit de] formuler en termes généraux (non restreint par une référence à un comportement particulier) un jeu de critères diagnostiques pour la *catégorie hiérarchiquement surorganisatrice*, Trouble Addictif, qui subsumera tous les troubles addictifs individualisés (spécifiés selon le comportement qui est manifesté addictivement).²⁶

Le jeu de critères diagnostiques est donc élaboré selon le modèle des classifications critériologiques internationales comme le DSM-III-R en vigueur à l'époque. Les deux axes de sa définition sont la dépendance et la compulsion.

²⁵ Goodman, « Addiction: definition and implications ». op.cit.

²⁶ La traduction est de Jacquet M.M. et Rigaud A.. Les italiques sont de nous.

- A- Impossibilité de résister aux impulsions à réaliser ce type de comportement ;
- B- Sensation croissante de tension précédant immédiatement le début du comportement ;
- C- Plaisir ou soulagement pendant sa durée ;
- D- Sensation de perte de contrôle pendant le comportement ;
- E- Présence d'au moins 5 des 9 critères suivants :
 - 1. Préoccupations fréquentes autour du comportement ou de sa préparation ;
 - 2. Intensité et durée des épisodes plus importantes que souhaitées à l'origine ;
 - 3. Tentatives répétées pour réduire, contrôler ou abandonner le comportement ;
 - 4. Temps important consacré à préparer les épisodes, à les entreprendre ou à s'en remettre ;
 - 5. Survenue fréquente des épisodes lorsque le sujet doit accomplir des obligations professionnelles, scolaires ou universitaires, familiales ou sociales ;
 - 6. Activité sociale, professionnelle ou récréative majeure sacrifiée du fait du comportement ;
 - 7. Perpétuation du comportement bien que le sujet sache qu'il cause ou aggrave un problème persistant ou récurrent d'ordre social, financier, psychologique ou physique ;
 - 8. Tolérance marquée : besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence pour obtenir l'effet désiré, ou diminution de l'effet procuré par un comportement de même intensité ;
 - 9. Agitation ou irritabilité en cas d'impossibilité de s'adonner au comportement ;
- F- Certains éléments du syndrome ont duré plus d'un mois ou se sont répétés pendant une durée plus longue.

Les critères précis de cette définition ont été très bien accueillis par la communauté médicale internationale et sont devenus rapidement des références pour la pratique clinique et la recherche. Ils permettaient fort à propos d'identifier l'ensemble des conduites addictives sous une même catégorie tout en les distinguant des dépendances pharmacologique iatrogènes.

Les « critères de Goodman » sont donc également devenus une référence en France et se retrouvent dans tous les enseignements relatifs à l'addiction. Ce terme est devenu l'expression consacrée tout en conservant, nous le verrons, des significations différentes chez les professionnels et dans le grand public. Il faut toutefois déjà constater le succès de ce concept malgré l'hétérogénéité de ce qu'il recouvre. Il n'existe plus aujourd'hui en France de lieu d'aide ou de soin aux personnes dépendantes de produits ou de comportements qui ne portent dans leur nom les mots *addiction* ou *addictologie*. Même les structures issues de la tradition socio-éducative ou psychanalytique et prudentes voire méfiantes à l'égard de la médicalisation des conduites de dépendance ont été contraintes à la fin des années 2000 à devenir des Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en *Addictologie*²⁷. De la même façon, la grande majorité des publications réalisées sur le sujet se réfèrent à l'addiction et ne mentionnent plus guère les termes de *toxicomanie* ou d'*alcoolisme*. Ces derniers sont devenus dans le domaine scientifique au mieux le signe de connaissances dépassées, au pire celui d'une volonté de renforcement de la stigmatisation et du jugement moral portant sur les personnes en situations de dépendance.

1.3. Succès populaire et réticences académiques

Dans le grand public, les mots *addict* et *addiction* sont également passés dans le langage courant et sont largement utilisés par les médias lorsqu'il s'agit de décrire des phénomènes individuels ou sociaux de dépendance ou par le marketing et la

²⁷ Décret n° 2007-877 du 14 mai 2007 relatif aux missions des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie. En application de ces textes, les anciens Centres de Cure en Ambulatoire en Alcoolologie (CCAA) et les anciens Centres de Soins Spécialisés pour Toxicomanes (CSST) ont dû se rapprocher et devenir des Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA).

publicité pour illustrer l'intensité du plaisir qui peut être attendu d'un nouveau produit.

Si la notion d'addiction connaît ce large succès en France, elle semble avoir plus de difficultés à s'imposer ailleurs, notamment aux États-Unis²⁸. En effet, malgré les efforts de Peele et de Goodman, les classifications internationales n'ont pas intégré la notion d'addiction. Le DSM-IV de 1994 et le DSM-IV-TR de 2000 se contentent de décrire les *troubles liés à l'usage de substances*. Des catégories d'intoxication aigüe, d'abus et de dépendance sont listées pour chaque produit répertorié. Pour se rapprocher de ce que Peele et Goodman entendent par addiction, il faut associer à cette classe de troubles celle des *troubles du contrôle des impulsions non classés ailleurs* qui regroupent entre autre le jeu pathologique ou la kleptomanie. Il n'est toutefois pas fait de lien dans le DSM-IV entre ces deux classes. De plus, d'autres comportements assimilés aux *addictions comportementales* comme la sexualité compulsive ou les achats compulsifs ne figurent pas. Nos auteurs ont donc dû attendre le DSM-V de 2013 pour voir mentionner le terme d'*addiction*. Toutefois si cette catégorie *Addictions et troubles associés* voit le jour, elle ne recouvre pas l'ensemble des comportements communément considérés comme addictifs. Le DSM-V qualifie les comportements addictifs lorsqu'ils entraînent un comportement de recherche, une tolérance et un syndrome de manque ainsi que des conséquences dommageables pour le sujet et son entourage. Mais il ne fait rentrer dans ces critères que les usages de substances psychotropes non médicamenteuses et une seule addiction comportementale : le jeu pathologique. L'hypersexualité et la boulimie sont décrites séparément et sans lien avec les addictions. Il est difficile de comprendre la logique de cette construction du manuel de référence dans le champ

²⁸ Au niveau des institutions aussi, l'addictologie semble avoir un destin différent en France et aux États-Unis. Outre-Atlantique, le paysage est très différent selon les états, leur culture politique, leur densité urbaine. Les intervenants dans le champ de l'addiction viennent du secteur public (notamment les *outreach workers*, professionnels socio-éducatifs intervenants dans la rue, les squats ou au domicile des gens), des secteurs associatifs et confessionnels (12 étapes par exemple) ou du secteur privé lucratif (centres de désintoxication, *rehab*). Du côté des institutions médicales académiques, l'addictologie n'existe pas en tant que telle mais est associée soit à la psychiatrie, soit à la médecine. En effet, les deux associations américaines principales productrices de discours sont l'*American Accademy of Addiction Psychiatry* (AAAP) et l'*American Society of Addiction Medecine* (ASAM). Plutôt qu'une addictologie, il y a donc une psychiatrie de l'addiction et une médecine de l'addiction entre lesquelles existe une certaine rivalité. Toutefois, le discours académique n'est pas réservé aux médecins puisque la structuration universitaire américaine permet le développement et l'expression des sciences éducatives ou des sciences infirmières. Ainsi s'expriment régulièrement des leaders d'opinion psychologues, *counselors* (socio-éducateurs) ou infirmiers sur des questions d'addiction.

de la psychopathologie internationale, mais il est important de savoir qu'elle est l'aboutissement d'un processus de négociation et de vote des experts choisis pour son élaboration. Si certains arguments sont particulièrement efficaces comme les données objectives de la science (imagerie cérébrale pour les addictions comportementales), d'autres plus discrets comme des considérations morales ou des enjeux de pouvoirs peuvent être influents dans les choix de délimitation de catégories diagnostiques. C'est ce qui semble apparaître dans les réponses des experts aux critiques. Comme le souligne Peele²⁹, le motif pour ce découpage si particulier des addictions tient à la crainte des experts de voir tout comportement humain défini comme une addiction alors même que les critères définis par le DSM pour qualifier une addiction sont très restrictif. Peele y voit le signe d'une peur irrationnelle chez les experts. On peut s'intéresser aussi à l'argument-phare du président du groupe de travail menant la révision du DSM pour les troubles liés à l'usage de substances, Charles O'Brien (cité par Bob Curley³⁰). Il défend le choix du terme *Addiction* ainsi :

Le terme dépendance est trompeur parce que beaucoup de gens le confondent avec addiction, alors que la tolérance et le syndrome de sevrage que les personnes expérimentent sont des réponses normales aux effets sur le système nerveux central de médicament prescrits. À l'inverse, l'addiction est un comportement de recherche compulsive de drogue, ce qui est très différent. Nous espérons que cette nouvelle classification aidera à lever ce malentendu si répandu.

Il semble ici que le choix d'*addiction* plutôt que de *dépendance* soit déterminé par le souci de protéger une catégorie de patients dépendant de leurs médicaments par effet iatrogène d'une assimilation aux comportements addictifs dont la caractéristique différenciatrice est réduite à la « recherche de drogues ». Outre l'incohérence par rapport à la nouvelle classification (qui inclut le jeu pathologique), on note que l'addiction n'est finalement plus définie par des critères objectifs mais par la question de l'intentionnalité de l'agent.

²⁹ Stanton Peele, « War Over Addiction: Evaluating The DSM-V », *Huffington Post*, 2010, http://www.huffingtonpost.com/stanton-peelee/war-over-addiction-evalua_b_456321.html. (Accessible le 14.08.14)

³⁰ Bob Curley, « DSM-V - Major Changes to Addictive Disease Classifications », *Recovery Today online*, 2010, <http://www.recoverytoday.net/articles/143-dsm-v-major-changes-to-addictive-disease-classifications/>.

Peele³¹ note d'ailleurs dans son commentaire que l'American Psychiatric Association (APA)³² fait le choix pour le DSM-V d'un terme plus chargé de significations morales et culturelles, *dépendance* étant considéré comme plus neutre.³³

2. L'addiction ou les addictions ?

En France, il n'existe pas de consensus sur l'usage au singulier ou au pluriel du terme addiction. Que ce soit dans les discours publics ou les écrits scientifiques ou administratifs francophones, les deux formes sont souvent utilisées indistinctement. Cependant, certains cliniciens ou leaders d'opinion choisissent de parler de l'addiction ou des addictions en fonction des éléments de sens qu'ils souhaitent souligner. En effet, parler d'addiction au singulier insiste sur le « socle commun » des conduites de dépendance, qu'il s'agisse des dysfonctionnements neurophysiologiques ou d'économie psychique que l'on retrouve régulièrement chez les personnes addictées ; Parler des addictions au pluriel, en revanche, souligne les différences que l'on observe dans les récits des personnes, dans leurs conduites ou dans les attitudes des acteurs sociaux en fonction de l'objet d'addiction.

Une autre différenciation se fait dans la littérature à destination du grand public. Les ouvrages de vulgarisation scientifique utilisent le singulier pour décrire un comportement en lien avec un objet défini : l'addiction au sexe, l'addiction au travail... ; et le pluriel lorsqu'il s'agit de présenter l'ensemble de la problématique. Les œuvres littéraires et philosophiques utilisent le plus souvent le singulier, l'enjeu étant pour les auteurs d'aborder une dimension existentielle commune à l'expérience humaine.

³¹ Peele, « War Over Addiction ». op.cit.

³² C'est l'APA qui est chargée de la rédaction et de la révision du DSM.

³³ En France, addiction est pourtant le mot considéré comme déstigmatisant. Il est identifié soit au champ médical, soit au champ « glamour ». En quelque sorte, on est soit un addict-malade, soit un addict-cool. On s'extrait de toute façon des catégories toxicomane ou alcoolique hautement infamantes. Dépendance, de son côté, n'est pas très rassurant au plan des représentations morales. Le mot renvoie aujourd'hui au handicap ou à la vieillesse et entre peut-être trop directement en conflit avec l'idéal moderne d'autonomie. « Tout le monde » semble apprécier l'usage du terme addiction.

Il est à noter que dans la littérature anglaise et nord-américaine, le terme addiction est presque systématiquement au singulier. Lorsqu'il est présent au pluriel, il est toujours associé au singulier comme équivalent stricte : « What is your addiction or addictions? ». Il semble qu'aux États-Unis, les conceptions morales et scientifiques des conduites de dépendance restent proches et qu'être « addict » constitue un état de nature particulier et partagé par l'ensemble des personnes ayant des conduites de dépendance. Il n'y aurait donc pas de nécessité à relever l'implicite d'une forme plurielle mettant en exergue les petites différences et singularités.

Ce premier abord historique et sémantique donne un aperçu de la diversité des approches et des modes de compréhension des problématiques addictives. Il révèle différentes sources de réflexion, des espaces de dialogue et des zones d'opposition, ainsi que l'oubli ou l'indifférence à l'égard d'élaborations plus anciennes. Mais pour mieux observer ces mouvements et souligner leur présence dans le contexte dans lequel se vit la relation entre soignants et personnes addictées aujourd'hui, il nous faut tenter une description « ethnographique » du phénomène « addiction » et des courants qui s'engagent dans le soin « addictologique ».

L'addiction : un *fait social total*

L'addiction, nous l'avons dit, est un phénomène qu'il est difficile d'appréhender dans son ensemble mais qui ne saurait non plus être abordé de manière segmentée si nous souhaitons approcher une « réalité » de l'expérience des soignants dans leurs relations avec les patients addictés dans le contexte contemporain. La notion de « fait social total » développée par Marcel Mauss³⁴ peut nous aider à caractériser cette situation. Pour cet anthropologue et sociologue français, rendre compte d'un phénomène, dès lors qu'il met en jeu l'ensemble du groupe social et de ses institutions, ou même simplement un grand nombre d'entre-elles, suppose de le penser comme un fait social total. En ce sens, l'addiction, qui échappe à tout domaine de savoir spécifique et au pouvoir d'une seule institution, demande

³⁴ Marcel Mauss, « Essai sur le Don. Forme archaïque de l'échange », *L'Année sociologique*, 1923.

effectivement à être envisagée comme un fait social total. Mauss, qui pense cette notion à partir de son étude du don dans diverses peuplades, souligne que le fait social total sollicite « à la fois et d'un coup toutes sortes d'institutions : religieuses, juridiques et morales - et celles-ci politiques et familiales en même temps ; économiques » (p.32). La liste n'est pas exhaustive. Il faut donc envisager le fait sous différents angles. Mais la simple addition de points de vue n'est pas encore suffisante comme le souligne Claude Lévi-Strauss³⁵ dans son analyse du texte de Mauss : « le fait total ne réussit pas à être tel par simple réintégration des aspects discontinus (...). Il faut aussi qu'il s'incarne dans une expérience individuelle » (p.XXV). Mauss³⁶ le dit ainsi : « le donné, c'est Rome, c'est Athènes, c'est le Français moyen, c'est le Mélanésien de telle ou telle île, et non pas la prière ou le droit en soi. » (p.182). C'est donc dans l'expérience du sujet que s'appréhende le fait social totale et non pas dans le seul compte-rendu des diverses descriptions théoriques du phénomène. Comme le dit Lévi-Strauss :

La seule garantie que nous puissions avoir qu'un fait total corresponde à la réalité, au lieu d'être l'accumulation arbitraire de détails plus ou moins véridiques, est qu'il soit saisissable dans une expérience concrète. (...), toute interprétation doit faire coïncider l'objectivité de l'analyse historique ou comparative avec la subjectivité de l'expérience vécue. (p.XXVI)

Avant de nous rapprocher de la « subjectivité de l'expérience vécue » par les soignants dans leurs relations avec les patients addicts, il est tout de même nécessaire de s'attacher à donner quelques éléments du contexte dans lequel elle se place. En tant que fait total, l'addiction peut être envisagée selon une multitude de points de vue : juridique, économique, politique, sécuritaire, religieux, anthropologique, historique, philosophique... et ainsi de suite, aucune « institution » ne semblant pouvoir se considérer comme non concernée. Malgré notre incapacité à embrasser l'ensemble de ces discours, il nous a semblé indispensable, pour nous approcher de la « réalité » du phénomène, de présenter les divers paradigmes qui sous-tendent l'action de soignants dans le champ des addictions, ainsi que leur contexte d'émergence. Nous devons ici expliquer ce que

³⁵ Claude Lévi-Strauss, « Introduction à l'œuvre de Marcel Mauss », in *Sociologie et anthropologie*, par Marcel Mauss, 2e édition (Paris: Presses Universitaires de France - PUF, 1960).

³⁶ Mauss, « Essai sur le Don. Forme archaïque de l'échange ».

nous entendons par paradigme et en présenter les propriétés qui nous semblent importantes. Le terme de paradigme³⁷ désigne d'abord en grammaire un mot-type qui est donné comme modèle pour une déclinaison ou une conjugaison par exemple. Par extension un paradigme est devenu un système de représentations *cohérent* et *persistant* qui génère un *discours sur un objet*, des *pratiques* et des *dispositifs institutionnels*. Ces représentations prennent racine dans une histoire et un corpus théorique préexistant.

Le fait total « addiction » sera donc décrit au travers des regards professionnels successivement comme fait sociologique et comme fait médico-psychologique. Le premier a donné lieu à la constitution d'un paradigme socio-éducatif, le second à deux paradigmes nettement distincts, anatomo-clinique et psychodynamique. L'addiction analysée comme fait moral ne viendra pas s'ajouter aux précédentes descriptions, mais les traversera.

1. L'addiction comme fait sociologique

Les sociologues ont produit de nombreux travaux sur l'addiction, principalement sur les drogues illicites, mais également sur l'alcool. Ces approches originales dont le contenu est mal connu du grand public et d'une partie des professionnels spécialisés, ont donné naissance à un paradigme propre et à des pratiques largement diffusées auprès des personnes en situation d'addiction.

1.1. Rationalité du drogué et pragmatisme en politique publique

La pratique professionnelle dans le champ des addictions est en effet aujourd'hui très imprégnée d'une approche pragmatique des difficultés des sujets dépendants. La politique-phare de cette approche est la stratégie dite de « réduction des risques »³⁸ (RdR). Cette politique, qui se veut indépendante de toute considération

³⁷ « Paradigme », *Dictionnaire de la langue française, Le Petit Robert* (Paris: Dictionnaires Le Robert, 2001).

³⁸ D'autres termes qui ont cours dans d'autres pays francophones lui sont parfois préférés : réduction des dommages ou réduction des méfaits.

normative, vise à mettre les sujets addictés en capacité de consommer leurs produits de dépendance en réduisant le plus possible les conséquences néfastes pour eux et leur entourage. Il s'agit par exemple de mettre en place des dispositifs d'échange de seringues permettant aux personnes utilisant la voie intraveineuse de ne pas partager leur matériel d'injection, ce qui leur ferait courir le risque d'une contamination par le VIH ou les virus hépatotropes, et de leur transmission. La mise à disposition de traitement de substitution aux opiacés (TSO)³⁹ donne aussi aux sujets dépendants à l'héroïne et à ses apparentés la possibilité de les remplacer par des substances contrôlées pharmacologiquement, prescrites et légales, évitant les dangers tels que l'injection de produits de coupe toxiques et/ou souillés, le surdosage ou les conséquences judiciaires d'une interpellation pour détention et usage de stupéfiants. Mais beaucoup d'autres outils de RdR sont disponibles, des plaquettes indiquant les moyens d'injecter des comprimés pilés de manière sécurisée jusqu'aux fameuses salles de consommation supervisée en passant par les pipes à crack jetables, les préservatifs... Initialement centrée sur les usages de substances illicites, la RdR prend une nouvelle place dans l'accompagnement d'usagers d'alcool et de tabac. Elle est aujourd'hui un incontournable de la pratique addictologique et fait l'objet d'une incitation et d'une surveillance forte des tutelles.

Parmi les éléments qui ont concouru au fort développement de cette politique publique figurent d'une part les apports d'une sociologie de l'alcool et des drogues sur la rationalité des conduites d'addiction, et d'autre part la survenue de l'épidémie de SIDA dans les années 1980.

La rationalité du sujet addicté

Un courant important de la sociologie occidentale contemporaine a réagi aux positions théoriques psychologiques et médicales considérant les déterminismes individuels des sujets addictés (nous en examinerons le contenu plus loin⁴⁰). De son point de vue, ces regards « pathologisants » méconnaissent l'importance du contexte social et culturel des consommations de psychotropes. Il existe une très

³⁹ En France, il s'agit uniquement de la méthadone et de la Buprénorphine (Subutex®), toutes deux par voie orale. D'autres pays permettent l'usage d'autres substances, comme l'héroïne « médicalisée », et d'autres voies, notamment intraveineuse.

⁴⁰ Voir: « L'addiction comme fait médico-psychologique »

abondante littérature sociologique portant sur les facteurs de vulnérabilité sociale et leurs liens avec l'addiction. Ainsi, les grands travaux sociologiques qui ont fait avancer les théories étudient-ils l'usage de marijuana dans les milieux artistiques alternatifs, d'héroïne chez les jeunes gangsters du Lower East Side de New York ou de crack dans les populations de sans-abris. Les premières études tendaient à rejoindre certaines représentations de sens commun comme par exemple dans la perception de la toxicomanie comme un mode d'évasion disponible pour des personnes aspirant à un bonheur inaccessible du fait de leur relégation sociale⁴¹. Comme le rappelle Bergeron⁴², ce point de vue présuppose que chaque individu en société est mis en situation de désirer les mêmes choses et que la difficulté de certains à satisfaire ces désirs produit une frustration pouvant les conduire à des actes déviants. Cette idée issue des travaux du sociologue américain Robert King Merton⁴³ a été abondamment discutée et invalidée par les études ultérieures. En effet, comme le relève Bergeron⁴⁴ :

Ces travaux sociologiques ont ainsi, pour la plupart, tenté, explicitement ou non, de saper les croyances de sens commun tout autant que de contester les résultats et/ou de révéler les limites des théories étiologiques de la prédisposition psychologique ou biologique qui ont vite constitué l'essentiel du corpus scientifiques sur le sujet. (p.32)

Ainsi les sociologues se sont-ils attachés à décrire l'itinéraire du toxicomane comme une carrière suivant des étapes (initiation, continuation, sortie) dont la succession n'est pas automatique. L'entrée dans cette carrière n'est pas selon eux une échappatoire à une souffrance mais bien plutôt un apprentissage en lien avec un environnement et qui répond à des règles et induit un système de responsabilités⁴⁵. Certains auteurs insistent sur le caractère « ordinaire » de l'expérience du toxicomane au sens où il développe le même degré de sophistication, d'application,

⁴¹ Richard A. Cloward et Lloyd E. Ohlin, *Delinquency and Opportunity: A Theory of Delinquent Gang* (Glencoe: The Free Press of Glencoe, 1960).

⁴² Henri Bergeron, *Sociologie de la drogue* (Paris: Editions La Découverte, 2009).

⁴³ Robert King Merton, *Social structure and anomie* (Glencoe: The Free Press of Glencoe, 1957).

⁴⁴ Bergeron, *Sociologie de la drogue*. op.cit.

⁴⁵ Edward Preble et John J. Casey, « Taking Care of Business--the Heroin User's Life on the Street », *International Journal of the Addictions* 4 (1969): 1-24.

de compétence et de responsabilité que n'importe quel individu dans ses activités professionnelles ou familiales⁴⁶.

Toutefois, dès le début du 20^{ème} siècle, les sociologues américains de l'école de Chicago ont élaboré une critique des approches ciblant des populations visibles, « bruyantes » et spectaculaires et qui conduisent à attribuer de manière réductrice et abusive le comportement étudié à la population observée. Ils ont ainsi contribué à montrer qu'une proportion importante des consommateurs de stupéfiants se trouve parmi les classes moyennes et supérieures et que les caractéristiques de leurs consommations ne sont pas les mêmes que celles des populations marginalisées. De nombreux travaux depuis ont confirmé ces premières études et invitent à rejeter ce que Faugeron et Kokoreff⁴⁷ appelle « le modèle marginalité/héroïne/exclusion ».

Il existe donc une proportion importante d'utilisateurs de stupéfiants parvenant à contrôler leurs consommations. Henri Bergeron⁴⁸ le souligne : « La consommation régulière n'est pas une activité nécessairement dérégulée, échappant à la maîtrise d'un toxicomane qui s'adonnerait compulsivement à des prises répétées autant que désespérées. » (p.44). Ces utilisateurs parviennent à intégrer leurs consommations dans leur vie quotidienne et situent précisément leurs limites à la perte de contrôle. Celui qui perd le contrôle change de catégorie aux yeux de ses pairs pour devenir un « toxico »⁴⁹. Ainsi des systèmes de régulations fonctionnent au niveau collectif⁵⁰ ou individuel. En 1986, Trevor Bennett⁵¹ publie une étude qui demeure importante sur les motivations et trajectoires de consommateurs d'opiacés. De son étude qualitative sur un large échantillon ressortent plusieurs informations importantes, corroborées par d'autres travaux, et qui vont à l'encontre des représentations de sens commun, mais également de représentations usuelles des professionnels spécialisés. Elles tiennent en cinq points :

⁴⁶ Ed Knipe, *Culture, Society and drugs: The Social Science Approach to Drug Use* (Prospect Heights: Waveland Press, 1995).

⁴⁷ Claude Faugeron et Michel Kokoreff, *Société avec drogues : Enjeux et limites* (Ramonville Saint-Agne: Erès, 2002).

⁴⁸ Bergeron, *Sociologie de la drogue*. op.cit.

⁴⁹ Olivier Taïeb, *Les histoires des toxicomanes - Récits et identités dans les addictions* (Paris: Presses Universitaires de France - PUF, 2011).

⁵⁰ Sylvain Aquatias, « Cannabis : du produit aux usages. Fumeurs de haschich dans des cités de la banlieue parisienne », *Sociétés contemporaines* 36, n° 1 (1999): 53-66, doi:10.3406/socco.1999.1730.

⁵¹ Trevor Bennett, « A decision making approach to opioid addiction », in *The Reasoning Criminal. Rational Choice Perspective on Offending*, par Derek B. Cornish et Ronald V. Clarke (New York: Springer-Verlag, 1986).

- Les héroïnomanes interrogés indiquent pour une grande majorité d'entre eux qu'ils ont découvert l'héroïne avec un ami proche voire un partenaire amoureux. La notion de contrainte du milieu social ou des dealers fréquemment évoquée par le sens commun est ici quasiment absente.
- Une proportion importante de ces usagers avait réfléchi et délibérément décidé de s'initier à l'héroïne avant d'avoir l'opportunité d'en consommer effectivement. Il ne s'agit donc pas pour l'essentiel d'un coup de tête irréfléchi ni d'un accident.
- Il semble qu'une certaine persévérance soit nécessaire pour atteindre le stade de dépendance physique au produit. La majorité des sujets déclare un intervalle de un à trois ans entre leur première expérience et l'entrée dans une consommation quotidienne devenue problématiques. Pendant cette période, ils sont nombreux à avoir connu des périodes d'abstinence prolongées.
- De la même façon, de nombreux usagers devenus consommateurs quotidiens connaissent des périodes d'abstinence de quelques mois ou quelques années, ce qui, d'après l'auteur, suggère que les sujets en situation d'addiction peuvent maintenir un certain contrôle sur leur trajectoire.
- La question des motivations à poursuivre la consommation est particulièrement gênante pour le discours de sens commun et même pour de nombreux professionnels habitués à se représenter successivement les phases de courte « lune de miel » puis de longue « galère » comme parcours de l'héroïnomane. Les consommateurs interrogés disent avant tout qu'ils continuent à prendre l'héroïne parce que « ça leur plaît », par plaisir et parce que ça leur fait du bien. Très peu de sujets interrogés ont mentionné la nécessité de consommer pour éviter les douleurs du syndrome de manque. Pour Bennett, les fréquentes périodes d'abstinence qui jalonnent le parcours de ces héroïnomanes montrent qu'ils ont une certaine habitude des syndromes de sevrage et ne les craignent pas.

Ces études donnent ainsi une image différente de l'addicté. Il apparaît moins « esclave » du produit et plus actif et présent dans ses choix et dans les inflexions de sa trajectoire. Ce constat se confirme dans les études qui portent sur les sorties de l'addiction. Comme le souligne Albert Ogien⁵², la simple évocation d'une potentielle sortie de l'addiction constitue une rupture avec le sens commun. Robert Castel⁵³ et son groupe de recherche ont publié un rapport en 1992 sur « les sorties de la toxicomanie ». Il n'y dégage pas de typologie des modes de sortie mais présente deux figures : celle du drogué ayant un « sursaut de volonté », qui décide de rompre activement et énergiquement avec son parcours de toxicomane ; et celle du drogué épuisé, « au bout du rouleau ». Pour Castel, ces deux figures ne sont pas contradictoires mais complémentaires dans un sentiment commun d'avoir « touché le fond » qui va motiver ainsi un changement de trajectoire permettant au sujet de se situer lui-même « en dehors » de l'identité de toxicomane. L'auteur souligne qu'il a exclu de son champ d'étude les sujets drogués les « plus 'graves' : ceux qui ont sombré dans la déchéance complète, ceux qui sont morts d'overdose ou d'accidents associées à la prise de produit ». Il conclut toutefois ainsi : « Il n'en demeure pas moins que, même pour ceux qui ont été le plus profondément impliqués dans l'expérience de la toxicomanie, la sortie est davantage la règle que l'exception. » (p.277). Dans ces parcours de sortie très différents, les chercheurs retrouvent des motivations et des aides et supports très variés. Ils s'appuient tous, à des degrés divers, sur des ressources internes aux sujets, sur leur environnement (famille, amis, travail...) et sur les dispositifs sociaux (soins, associations, religion...).

Si Castel souligne que ces résultats complexes ne permettent pas de promouvoir un mode particulier d'approche du problème, une « voie royale » qui serait à adopter dans les politiques publiques, il souligne que s'intéresser à la question des sorties de la toxicomanie « dégage après coup une rationalité du parcours toxicomane » (p.278) et « conduit à relativiser la représentation dominante du 'fléau' : la toxicomanie frappe comme le destin, elle est un accident irréversible qui scelle une existence d'un arrêt de mort. » (p.277).

⁵² Albert Ogien, « La morale du drogué », *Revue française des affaires sociales* 2 (1994): 56-67.

⁵³ Robert Castel (dir), *Les sorties de la toxicomanie : types, trajectoires, tonalités* (Paris: M.I.R.E., 1992).

Que nos auteurs s'intéressent aux entrées, aux parcours ou aux sorties de la toxicomanie, ils insistent tous sur la nécessité de prendre en compte cette rationalité des sujets dépendants dans le regard porté sur eux et dans les propositions d'aides à leur égard. Dans le champ de l'alcool, cette question de la rationalité a été plus longue à émerger, mais elle se retrouve aujourd'hui dans les réflexions sur l'extension du champ de la RdR et dans la notion de consommation contrôlée.

L'épidémie de SIDA

L'épidémie de SIDA qui s'est déclaré à la fin des années 1970 a été déterminante, si ce n'est dans les changements de représentations sociales, du moins clairement dans les inflexions des politiques publiques.

Cette maladie d'abord associée symboliquement au milieu homosexuel masculin a pris d'emblée dans le sens commun une signification morale forte. L'identification d'un second groupe malade dans la communauté des toxicomanes ayant recours à l'injection intraveineuse et au partage de seringues n'a fait que renforcer la perception de la maladie comme la conséquence d'une faute morale, voire un juste châtiment.

Face à cette panique morale, à la gravité de la situation et à ce qui était perçu comme une lenteur de réaction des pouvoirs publics, plusieurs associations sont apparues en France, très mobilisées et très déterminées à infléchir les politiques publiques vers des modèles plus souples et protecteurs à l'égard des usagers de drogues. Une telle énergie était en effet nécessaire face à l'inertie d'une société et d'un dispositif sanitaire fortement résistant à toute « libéralisation » de leurs rapports avec les toxicomanes.

Aujourd'hui, le discours académique reste largement dominé par les médecins et ce sont régulièrement eux qui apparaissent dans les médias lorsque des questions relatives à l'addiction émergent. Il semble pourtant que les médecins aient été initialement quelque peu réticents à prendre en charge les patients pour des problèmes d'addiction. La psychiatrie française s'est développée de manière passionnante au cours des années 1950 et 1960 en élaborant la politique de secteur. S'appuyant sur une tradition psychopathologique française, sur les évolutions des théories psychanalytiques et sur les transformations socio-politiques d'après-guerre,

elle a développé un modèle de soin psychique permettant un accès direct et facilité à des soins de proximité de grande qualité. Mais ce modèle était centré sur la personne du patient psychotique. En tant qu'étranger radical du fait de sa folie, le psychotique était au départ de la réflexion de cette nouvelle psychiatrie qui voulait soigner le sujet et la société, soigner le sujet en soignant la société. Il s'agissait de réformer l'abord et le rapport à la folie. La folie pouvait, dans un mouvement de retournement, devenir la référence de l'existence. Les patients, psychotiques ou non, comme les soignants étaient invités à rencontrer leur propre folie, à la comprendre dans un rapport d'aliénation à la société moderne et à établir de nouveaux liens, plus libres, avec cette folie et cette société. Il ne fait pas de doute que cette approche a été d'une grande fécondité et a engagé une transformation de la clinique. Il ne fait pas de doute non plus qu'elle a amélioré l'image de la maladie mentale et qu'elle a eu d'importants succès thérapeutiques. Mais il semble qu'elle n'ait pas su rencontrer une population croissante dans sa taille et sa demande d'aide dans les années 1970, celle des toxicomanes. Peut-être parce que ces derniers portaient une critique radicale, générationnelle et individualiste de la société, cette rencontre ne pouvait pas se faire. Les toxicomanes ne se voyaient pas fous mais rebelles et ne voyaient pas l'intérêt de parler à des psychiatres qui représentaient l'ordre paternel. De leur côté, les psychiatres considéraient que les toxicomanes étaient une production d'une société malade qui devait se réformer pour les aider. Ils ne voyaient donc pas quels soins ils pouvaient leur apporter. Ce sont donc des psychiatres eux-mêmes rebelles qui ont ouvert les premiers centres de soin pour le public toxicomane. Par la suite, d'autres psychiatres ont continué à se préoccuper de ce public et à diriger des structures et des programmes de soin, mais la plupart du temps cela s'est fait hors du circuit de la psychiatrie générale. Aujourd'hui encore, peu de secteurs psychiatriques sont ouverts aux patients addicts et cette situation est renforcée par les diminutions des moyens soignants et des lits qui poussent les équipes à se recentrer sur les pathologies psychotiques décompensées.

Parallèlement à ce relatif désintérêt des psychiatres au moment de l'éclosion du phénomène toxicomane, la médecine générale de ville était mal équipée pour l'accueillir. Ces médecins, isolés, peu voire non formés aux problématiques médicales liées à l'usage de drogues étaient souvent en difficulté face aux patients. Certains praticiens développaient de façon quasi clandestine des pratiques de

substitution pour épargner à leurs patients des expériences de manque, des syndromes de sevrage. Les positions très conservatrices du Conseil National de l'Ordre des Médecins et des pouvoirs publics ont fortement retardé l'arrivée en France et la diffusion des traitements de substitution aux opiacés déjà largement utilisés dans d'autres pays. Jusqu'à ce que la méthadone et la buprénorphine soient largement accessibles, des médecins généralistes ont pris en charge des patients toxicomanes souvent hors du cadre légal, l'administration locale fermant plus ou moins les yeux.

Enfin, des médecins hospitaliers, souvent des infectiologues ou des internistes, ont vu arriver des patients toxicomanes pour des pathologies liées à leurs consommations : abcès mais surtout infections par le VIH. Avec ou sans les psychiatres, ils ont créé les premières structures hospitalières dédiées aux toxicomanes⁵⁴.

Le contexte d'émergence de la politique de réduction des risques en France

Selon les termes de la politologue Aline Grange⁵⁵, une « coalition de l'abstinence » régnait en France dans les décennies 1970 et 1980. Cette expression dérive du concept de « coalition de cause » développé par Paul A. Sabatier⁵⁶, spécialiste californien des politiques environnementales, pour désigner des rassemblements de circonstance d'acteurs ayant des motivations plus ou moins convergentes mais partageant « un ensemble de croyances normatives et de perceptions du monde »⁵⁷. Grange décrit cette coalition rassemblant les acteurs « répressifs » du monde politico-judiciaire, les professionnels du social et de la santé ainsi que le pouvoir administratif :

⁵⁴ Dans un mouvement similaire mais plus progressif, d'autres médecins de l'hôpital, gastro-entérologues et pneumologues se sont préoccupés des patients arrivant avec des complications de consommations d'alcool et de tabac qui n'entraient pas alors dans les préoccupations médicales usuelles. Ces médecins-là ont développé les premières équipes d'alcoologie et de tabacologie.

⁵⁵ Aline Grange, *L'Europe des drogues : L'apprentissage de la réduction des risques aux Pays-Bas, en France et en Italie* (Paris: L'Harmattan, 2005).

⁵⁶ Paul A. Sabatier et Hank C. Jenkins-Smith, *Policy Change And Learning: An Advocacy Coalition Approach* (Boulder: Westview Press, 1993).

⁵⁷ Paul A. Sabatier, « Advocacy coalition framework (ACF) », in *Dictionnaire des politiques publiques*, par Laurie Boussaguet, Sophie Jacquot, et Pauline Ravinet, 3ème éd. (Paris: SciencesPo. Les Presses, 2010), 49-57.

En France (des années 1970-80)⁵⁸, le paradigme dominant est porté par une coalition particulière, formée notamment des acteurs ‘répressifs’ qui ont intérêt à la pérennisation d’une situation banalisée par un cadre légal répressif. L’autre groupe déterminant de cette coalition est constitué des acteurs du dispositif socio-sanitaire dont certains de ses représentants, alliés aux décideurs politiques de la santé, contribuent fortement à l’instauration d’un système rigide et tourné vers l’abstinence comme horizon thérapeutique exclusif.

Ces deux groupes sont pourtant assez différents. Le premier, constitué d’un système judiciaire équipé répressivement contre les drogues depuis le début du 20^{ème} siècle et de la classe politique, est dans un mouvement de réaction face à la drogue perçue, après mai 68, comme une menace et une remise en cause des pouvoirs établis. Le second rassemble des médecins et soignants de structures spécialisées, encore très rares au début des années 1970. Bergeron⁵⁹ décrit dans ce groupe une modalité commune et unique de perception et d’approche de la toxicomanie « mélange de considérations soixante-huitardes, contre-asilaires et psychanalytiques » (p.225). Il semble selon ces auteurs que l’identification par ces acteurs de l’expérience du toxicomane à une souffrance individuelle, mais plus encore la perception d’alternatives thérapeutiques (communautés thérapeutiques, substitution...) comme des outils d’aliénation sociale leur aient interdit d’envisager une autre finalité des soins que l’abstinence. Il est toutefois à souligner que ces dernières positions étaient déjà plus complexes et nuancées et que le discours « pour l’abstinence » a été passablement instrumentalisé par le premier groupe d’acteurs politico-judiciaires « répressifs ».

D’après Jacqueline Bernat de Célis⁶⁰, c’est au moment du vote de la loi de 1970⁶¹ que c’est formée cette coalition qui s’est consolidée durant les deux décennies suivantes. Comme le rappelle cette juriste, cette loi votée dans un climat de tensions est un compromis entre les positions répressives et sanitaires des acteurs. Comme le

⁵⁸ Nda

⁵⁹ Henri Bergeron, « Croyances et changement : le refus français de la méthadone », in *Les drogues en France : politiques, marchés, usages*, par Claude Faugeron (Genève: Georg, 1999).

⁶⁰ Jacqueline Bernat de Célis, *Drogues : consommation interdite. La genèse de la loi du 31 décembre 1970* (Paris: L’Harmattan, 1996).

⁶¹ *Loi n°70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie, et à la répression du trafic et de l’usage illicite des substances vénéneuses, Parue au Journal Officiel le 2 janvier 1971.*

souligne Ehrenberg⁶², il en découle un texte hybride qui accroît très fortement la pression pénale sur les simples usages, introduit la notion d'injonction de soin et ouvre la possibilité de soins anonymes et gratuits pour les toxicomanes. Mais le consensus se fait toutefois sur une finalité de l'esprit de la loi. François-Rodolphe Ingold⁶³ le dit ainsi :

Les toxicomanes doivent être en premier lieu débarrassés du produit ; (il demeure) une alternative pour ce qui est des modalités : pour les uns, il s'agit de faire appel au volontariat, pour les autres, le toxicomane doit être sevré selon un régime plus ou moins autoritaire. (p.320)

Cela autorise Aline Grange⁶⁴ à parler d'une « loi au service de la société sans drogues » (p.93).

Le principe d'abstinence accompagne l'idéal de société sans drogue et ce principe reste prédominant dans les orientations des pratiques et du dispositif de soin jusqu'au début des années 1990. Durant ces deux décennies se développent tout un réseau de bénévoles, de médecins et de travailleurs sociaux qui se spécialisent dans l'aide aux toxicomanes et deviennent des « intervenants en toxicomanie ». Certains créeront l'Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie (ANIT) en 1980. Autours de ces agents, des structures d'accueil se mettent en place. La plupart d'entre-elles sont portées par des associations et quelques équipes hospitalières se créent. Les outils utilisés sont les cures hospitalières de sevrage (dites « cures de désintoxication ») offrant un cadre bienveillant, un soutien moral et quelques aides médicamenteuses pour supporter le syndrome de manque et les psychothérapies en face à face visant à soulager le toxicomane de son mal-être pour lui permettre de cesser ses consommations. Le point de mire étant l'abstinence, de nombreux toxicomanes, non désireux d'arrêter ou s'en sentant incapables, ne voient pas dans les soins qui leurs sont proposés des aides adaptées à leurs difficultés : « une part importante des usagers de drogues confrontés au SIDA, à une désinsertion de plus en plus massive et à un état de santé détérioré, ne souhaitent pas faire appel au

⁶² Alain Ehrenberg, « Comment vivre avec les drogues ? Questions de recherche et enjeux politiques », *Communications* 62, n° 1 (1996): 5-26, doi:10.3406/comm.1996.1932.

⁶³ François-Rodolphe Ingold, « Les toxicomanes ont-ils une santé? Brève histoire des traitements en France », in *Drogues, politique et société*, par Alain Ehrenberg et Patrick Mignon (Paris: Editions Descartes, 1992), 318-27.

⁶⁴ Grange, *L'Europe des drogues*. op.cit.

système de soin »⁶⁵. Ces structures de soin qui demandent aux sujets dépendants d'énoncer explicitement leur souhait d'arrêter ou de venir « clean » à leurs rendez-vous commencent à être qualifiées de « haut seuil ». Cet attribut, quelque-peu péjoratif dans la bouche de ceux qui l'emploient, souligne un degré d'exigence élevé pour l'accès aux soins.

Dans le même temps, à l'étranger, d'autres approches se dessinent. La politique de Réduction des Risques (RdR) voit le jour aux Pays-Bas et au Royaume-Uni avec les programmes d'échange de seringues et les premiers traitements de substitution (TSO). Aux États-Unis et en Europe du Nord s'ouvrent des communautés thérapeutiques où les toxicomanes ne sont pas considérés comme des malades mais comme des personnes « ayant un comportement inadapté qui demande un traitement social » (p.321)⁶⁶. Les spécialistes français s'opposent vivement à ces nouvelles orientations des soins dénonçant d'une part le renoncement, par les TSO⁶⁷, au changement de conduite des toxicomanes, seul espoir de libération psychologique et sociale, et d'autre part les dérives totalitaires et sectaires des communautés thérapeutiques.

Cette singularité française devient particulièrement problématique avec l'irruption du SIDA. Le dispositif sanitaire français essentiellement orienté vers l'objectif d'abstinence n'a que peu de moyens pour protéger les toxicomanes. Selon Grange :

Quand les pouvoirs publics commencent à prendre conscience de la gravité de la situation, ils privilégient, plutôt qu'une réponse spécifique au problème des usagers de drogues confrontés au SIDA, l'intégration d'actions complémentaires au sein des structures spécialisées déjà existantes. Le cadre de la loi de 1970 n'est à aucun moment remis en cause. (p.110)

Toutefois, le monde associatif commence à se mobiliser⁶⁸ ainsi que quelques personnages politiques. Vers la fin des années 1980, certains acteurs associatifs confrontés aux problématiques sanitaires des toxicomanes et aux effets de

⁶⁵ Secrétariat d'Etat à la santé Direction Générale de la Santé, *La politique française de lutte contre l'infection à VIH : Mise en oeuvre de la réduction des risques en direction des usagers de drogues* (Vanves: CFES, 2000).

⁶⁶ Alain Morel, François Hervé, et Bernard Fontaine, *Soigner les toxicomanes* (Paris: Dunod, 1997).

⁶⁷ Au début des années 1990, on comptait plusieurs dizaines de milliers de toxicomanes sous méthadone en Espagne, au Royaume-Uni, au Pays-Bas ou encore en Italie contre une cinquantaine seulement en France.

⁶⁸ AIDES est créée en 1984 par le sociologue Daniel Defert.

l'épidémie de SIDA, mais qui n'appartiennent pas au dispositif spécialisé d'aide aux toxicomanes, importent la notion de RdR. Parmi eux, Médecin du Monde (MDM) et AIDES ont de nombreux contacts à l'étranger et découvrent cette approche aux États-Unis ou aux Pays-Bas. Bénéficiant de nombreuses connexions politiques ces associations jouent un rôle capital dans la constitution d'une nouvelle coalition de cause qui correspond à ce qu'en Suisse Daniel Kübler⁶⁹ nomme la « coalition pour la réduction des risques » et qui changera radicalement mais discrètement l'orientation des politiques publiques françaises.

En 1987, Michèle Barzach, alors ministre de la Santé, autorise par décret la vente libre de seringue en pharmacie malgré l'hostilité de la plupart des experts. Cela constitue le premier acte officiel de ce qui deviendra la politique de RdR en France⁷⁰. MDM ouvre le premier programme d'échange de seringues et tente sans succès de mettre en place une distribution de méthadone. La pratique de substitution demeure en effet très marginale, officieuse (par l'autorisation de vente sans prescription d'antitussifs opiacés en pharmacie) voire clandestine, quelques médecins généralistes de ville prescrivant des antalgiques opiacés à leurs patients toxicomanes en encourageant les foudres du conseil de l'Ordre, de l'Assurance Maladie et de la justice.

Les positions bougent plus lentement du côté des acteurs spécialisés. Ils ont construit un dispositif théorico-pratique cohérent qui leur donne une position d'expertise, ce que Bergeron⁷¹ appelle un « effet de disposition », dans une référence aux travaux de Raymond Boudon⁷². De plus, ils ne sont en contact qu'avec un groupe spécifique de toxicomanes qui acceptent leurs propositions thérapeutiques. Il s'agit alors d'un « effet de position » :

Les acteurs en question ne voyaient qu'une frange particulière de toxicomanes (effet de position), qui ne présentait guère les caractéristiques (désocialisation extrême et situation sanitaire très dégradée) sur lesquelles s'échafaude précisément l'argumentation en faveur du développement de la méthadone dans les autres pays ; et que, quand ils en rencontraient en effet,

⁶⁹ Daniel Kübler, *Politiques de la drogue dans les villes suisses entre ordre et santé* (Paris:

L'Harmattan, 2000).

⁷⁰ Direction Générale de la Santé, *La politique française de lutte contre l'infection à VIH*. op.cit.

⁷¹ Bergeron, *Sociologie de la drogue*. op.cit.

⁷² Raymond Boudon, *L'idéologie ou l'origine des idées reçues* (Paris: Fayard, 1986).

les théories qu'ils avaient progressivement faites leurs et qui s'étaient installées en « cadre cognitif » (effet de disposition) induisaient une interprétation singulière guère favorable à la politique de réduction des risques. (p.102)

Certains d'entre eux toutefois sont confrontés à ces toxicomanes en grande difficulté. C'est à partir de leur expérience que « s'engage un processus de transformation des croyances au terme duquel des alternatives sont envisageables » (p.173)⁷³. En 1989, l'association FIRST, qui œuvre auprès de populations marginalisées et qui est en lien avec le centre Pierre-Nicole d'aide aux toxicomanes, organise en France la première rencontre internationale d'acteurs de la RdR. D'autres associations comme EGO accompagnent ce mouvement. En 1992, plusieurs d'entre eux se retrouvent à Amsterdam et prennent conscience du retard français en la matière. Ce moment est considéré par Anne Coppel⁷⁴ comme l'origine du « retournement du corps médical » (p.181) à l'égard des traitements de substitution et de la RdR en général.

Mais certains généralistes de ville ont également joué un rôle important en appelant courageusement à la mise en place de REPSUD, les Réseaux de Professionnels pour les Soins aux Usagers de Drogues : « L'intérêt de ces réseaux est également d'inciter les médecins à changer leurs relations avec les usagers de drogues, souvent exclus des cabinets médicaux. » (p.187)⁷⁵. Selon Aline Grange, c'est l'association AIDES qui joue alors le rôle de catalyseur en rassemblant ces divers acteurs jusque-là plutôt isolés : organisation humanitaires (MDM), associations de lutte contre le SIDA (AIDES et Act-Up fondée en 1989), associations d'action auprès des toxicomanes (FIRST, EGO), médecin généralistes de REPSUD et un nouvel acteur : l'association ASUD créée en 1992 et qui regroupe des usagers et ex-usagers de drogues. Ce groupe s'organise dans un collectif « Limiter la casse » sous la présidence d'Anne Coppel. Au milieu des années 1990, il met en place une campagne d'information et de lobbying intense sur le thème de l'isolement de la France dans son modèle de l'abstinence : « La situation française est présentée comme scandaleuse, puisqu'elle condamne de

⁷³ Grange, *L'Europe des drogues*. op.cit.

⁷⁴ Anne Coppel, *Peut-on civiliser les drogues ? De la guerre à la drogue à la réduction des risques*. (Paris: La Découverte, 2002).

⁷⁵ Grange, *L'Europe des drogues*. op.cit.

nombreux usagers à la marginalisation, à une dégradation de leurs conditions de santé, au risque de l'infection par le virus du SIDA, à la mort. » (p.190)⁷⁶. L'affrontement avec la coalition de l'abstinence est alors violent, et le débat public virulent. Les contre-attaques succèdent aux attaques et visent le discrédit, la délégitimation et la disqualification de la partie adverse. À partir de 1995 et le rapport Henrion⁷⁷, des politiques publiques nettement en faveur de la RdR sont mise en place. Les opposants comme l'ANIT et l'Ordre des médecins, sont contraints de se rallier à ces nouvelles politiques. Ainsi « en un temps assez court et de façon relativement brutale, la réduction des risques devient le modèle légitimé de la politique publique française des drogues dans sa dimension sanitaire et sociale. » (p.192-193)⁷⁸.

Les sociologues ont ainsi montré la multiplicité des facettes de la réalité pour ce qui concerne les usages de substances psychoactives. Mais ils déplorent le peu d'impact de leurs travaux sur les discours politiques et de sens commun. Cependant, dans le champ spécialisé, certains acteurs de terrain ont intégré fortement les apports sociologiques à leur démarche, en les synthétisant et en en dégagant des lignes de forces. Ils ont ainsi contribué à la constitution d'un paradigme « socio-éducatif » de l'aide aux personnes addictées en société.

1.2. Le paradigme socio-éducatif

Ces intervenants, bénévoles, anciens usagers, « éducateurs » sans diplôme reconnus, assistant sociaux, éducateurs spécialisés, appartiennent essentiellement au milieu associatif qui a participé à la coalition pour la réduction des risques. Depuis les années 1980, ils agissent auprès de personnes en situation de dépendance à l'alcool et/ou aux drogues ayant des besoins spécifiques (d'hygiène, de santé, d'hébergement...) et ne souhaitant pas ou ne parvenant pas à entrer dans le système de soin. Travaillant auprès de publics en grande difficulté sociale ou sanitaire, en

⁷⁶ Ibid.

⁷⁷ Roger Henrion, *Rapport de la Commission de réflexion sur la drogue et la toxicomanie: mars 1995* (Paris: Ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville : la Documentation française, 1995).

⁷⁸ Grange, *L'Europe des drogues*. op.cit.

institution mais aussi souvent dans la rue, les squats, les « scènes ouvertes », ils connaissent un « effet de position » qui leur fait s'intéresser particulièrement à la littérature sociologique et épidémiologique qui concerne la marginalité et la vulnérabilité sociale. Bien qu'ils ne méconnaissent pas tous la réalité plurielle de l'addiction et l'avertissement des sociologues de l'école de Chicago, ils investissent un champ de connaissance plus restreint qui leur permet d'élaborer des outils adaptés à leurs besoins lorsqu'ils sont au contact de personnes en grande difficulté. Ils dégagent ainsi des représentations spécifiques concernant la personne addictée et son addiction, et une position sur les modalités d'aide à lui proposer.

La personne addictée et son addiction

Bien que centrés sur l'expérience propre de l'individu addicté, ces acteurs du champ socio-éducatif ne l'envisagent qu'en lien avec la dynamique sociale. L'addiction est conçue dans son contexte historique et socio-culturel, et notamment dans un tissu de relations de pouvoir perceptible au travers de « toutes les formes d'aliénation »⁷⁹ qui peuvent peser sur la personne : aliénations liées à l'origine culturelle, au genre, à la classe sociale, au handicap...

La personne dépendante à une substance connaît donc une aliénation supplémentaire : celle de l'addiction. Son statut face à la substance est ambigu, ou pour le moins complexe. Elle en est à la fois victime, de par les contraintes sociales qui pèsent sur elle, et actrice rationnelle. Elle est considérée par les intervenants socio-éducatifs comme hors des catégories qui lui sont habituellement attribuées : « ni délinquant, ni malade ». Les dispositifs judiciaires et sanitaires, qui sont des émanations des représentations simplificatrices de la société, participent potentiellement au régime de reproduction des aliénations sociales. Le système sanitaire est ainsi souvent perçu avec une certaine prudence voire défiance. Il est toujours soupçonné d'être paternaliste, de réduire la personne addictée à un malade à guérir, de promouvoir l'abstinence, d'être trop exigeant quant à sa demande d'aide, de chercher à s'accaparer le soin...

⁷⁹ Association Charonne, « Anonymat et gratuité », consulté le 26 avril 2014, <http://www.charonne.asso.fr/content/anonymat-et-gratuite>.

Se positionnant à contrepied, les acteurs socio-éducatifs affirment la nécessité d'aborder les personnes dépendantes dans leur singularité et dans leur complexité. Echappant aux catégories prédéterminées, l'individu addicté est perçu « tel qu'il se présente et donc tel qu'il se voit ou se conçoit. »⁸⁰. Il s'agit de leur offrir un « accueil inconditionnel »⁸¹ : « L'accès à cette prise en charge globale n'est pas conditionné à l'adhésion de l'utilisateur à une démarche de soins en lien avec ses problèmes d'addiction. »⁸². Suivant Robert Castel qui défendait déjà en 1992 l'idée que « l'abstinence n'est pas la seule forme de sortie de la toxicomanie »⁸³, d'autres alternatives sont soutenues : « L'abstinence n'est pas une fin en soi, et la consommation maîtrisée doit être considérée avec le même intérêt. »⁸⁴.

Vulnérabilité sociale et capacitation : l'accompagnement des usagers

Pour poursuivre leurs objectifs de soutien et d'aide aux personnes addictées, ces acteurs du champ socio-éducatif ont créé des lieux d'accueil et des dispositifs dits de « bas-seuil », au sens d'une mise à disposition d'aide sans prérequis préalable de formulation d'une demande, de volonté de « s'en sortir » ou d'engagement dans un programme prédéfini. Ce sont des « boutiques » qui offrent la possibilité de prendre une douche, de laver son linge, d'avoir accès à du matériel de RdR et d'avoir des contacts chaleureux avec des travailleurs sociaux qui peuvent aider à chercher des solutions à certaines difficultés, donner des conseils...

Ces interventions des travailleurs sociaux se veulent protectrices, prenant en compte la vulnérabilité du public qu'ils rencontrent, mais aussi émancipatrices. Ils semblent en effet autant influencés par la sociologie de la rationalité de l'agent addicté que par celle des relations de pouvoir en société. L'individu addicté, éventuellement malade, fou, migrant, prostitué, employé clandestinement... est un

⁸⁰ Ibid. op.cit.

⁸¹ Association SOS, « Centre 110 Les Halles », consulté le 26 avril 2014, http://www.groupe-sos.org/structures/23/Centre_110_Les_Halles.

⁸² Association SOS, « Sleep In - Paris », consulté le 26 avril 2014, http://www.groupe-sos.org/structures/56/Sleep_In_Paris.

⁸³ Castel (dir), *Les sorties de la toxicomanie : types, trajectoires, tonalités*. op.cit.

⁸⁴ Association Charonne, « Ethique de base : liberté et solidarité, respect de la différence, capacité d'adaptation », consulté le 26 avril 2014, <http://www.charonne.asso.fr/content/ethique-de-base-liberte-et-solidarite-respect-de-la-difference-capacite-dadaptation>.

sujet subissant les jeux de domination de la société mais doté de compétences et de capacités d’agir pour ce qu’il juge être bon pour lui. Il s’agit donc de :

mobiliser les forces et les désirs de vie de chacun. Si la personne est en marge ou exclue parce qu’en souffrance, en difficulté relationnelle, psychologique, affective ou professionnelle, ses capacités individuelles pour un ‘mieux être’, un ‘mieux vivre ensemble’ restent pour autant réelles.⁸⁵

La réduction des risques (RdR) qui est au départ un ensemble de mesures et d’actions pragmatiques visant à protéger les usagers de substances des dangers qui accompagnent leurs consommations, devient une véritable « philosophie » qui regroupe des principes directeurs de l’action : « Avec la RDR, la personne est mieux armée pour décider de ses pratiques et elle reste maîtresse des décisions qui la concernent. »⁸⁶. Cette idée d’invitation à l’émancipation est très présente dans les discours et semble vouloir s’opposer à des pratiques éducatives plus anciennes dominées par un modèle paternaliste. Les discours sur le métier d’éducateur spécialisé⁸⁷ en donnent une idée. Dans les années 1970, l’éducateur avait encore comme modèle le « père » ou le « frère aîné »⁸⁸. Aujourd’hui, l’arrêté du 20 juin 2007 relatif au Diplôme d’État d’éducateur spécialisé⁸⁹ donne une définition toute différente de la profession :

L’éducateur spécialisé intervient dans une démarche éthique qui contribue à créer les conditions pour que les enfants, adultes, familles et groupes avec lesquels il travaille soient considérés dans leurs droits, aient les moyens d’être acteurs de leur développement et soient soutenus dans le renforcement des liens sociaux et des solidarités dans leur milieu de vie.

Ayant quitté une position paternaliste plus confortable, il doit donc concilier protection et sauvegarde de la personne avec laquelle il travaille et transfert de pouvoir vers cette personne. Cette idée rappelle les notions, que l’on retrouve dans

⁸⁵ Association Aurore, « Charte de l’association Aurore », consulté le 26 avril 2014, <http://aurore.asso.fr/uploads/Charte-Aurore.doc.pdf>.

⁸⁶ Association AIDES, « Prévention et réduction des risques par AIDES », consulté le 26 avril 2014, http://www.aides.org/actions_de_Aides/prevention.

⁸⁷ Ce métier est, avec celui d’assistant social, le seul à bénéficier d’une définition et d’un cadre d’action formalisés dans le groupe mal défini des « travailleurs sociaux ».

⁸⁸ René Hébert, *Le métier d’éducateur spécialisé* (Paris: Jean-Pierre Delarge, 1976).

⁸⁹ *Arrêté du 20 juin 2007 relatif au diplôme d’Etat d’éducateur spécialisé*, consulté le 27 avril 2014, http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=1ADB0EBC3A7E7936EC3C3AEE9B07BDE0.tpdjo13v_3?cidTexte=JORFTEXT000000278576&dateTexte=20140426.

la littérature internationale en sociologie de l'action, en psychosociologie, en économie ou en science de l'éducation, d'*agency* et d'*empowerment*. L'*agency*, traduit parfois en français par « agentivité » correspond à la capacité du sujet social à agir en personne libre. L'*empowerment*, « capacitation » en français, est une démarche d'équipement symbolique, cognitif et pratique de personnes en minorité – individus, familles, groupes – dans le but de leur permettre de reprendre une position de pouvoir dans leur contexte de vie. Elles retrouvent ainsi, à partir de l'intervention de l'aidant, mais par elles-mêmes et en elles-mêmes, la capacité d'agir⁹⁰. Cette référence, souvent occultée peut-être du fait de son instrumentalisation en économie, est parfois explicite :

Le soutien, l'accompagnement... Ce sont avant tout des moyens de renforcer l'envie et les capacités des personnes à agir au mieux pour leur santé, à améliorer leur qualité de vie. (...) Ils ne perdent jamais de vue leur vocation première, l'*empowerment*, qui permet aux personnes de prendre leur destin en mains !⁹¹

Dans le paradigme socio-éducatif, l'accompagnement est vu, dans une dialectique sauvegarde/émancipation, comme un moyen de permettre à la personne de reconstruire une identité. La charte de l'association Aurore le souligne :

Aider (la personne) à reconstruire une identité et à recouvrer un statut social. L'association centre son action sur la personne pour que celle-ci reconstruise une identité positive. Parallèlement, Tout est mis en œuvre pour l'aider à recouvrer un statut social afin qu'elle soit en capacité d'exercer ses responsabilités et formaliser un projet de vie. »⁹²

Propositions thérapeutiques

Les centres qui fonctionnent principalement selon le paradigme socio-éducatif accueillent non des « patients » mais des « usagers ». Ce terme souligne bien l'accent mis sur les capacités propres de l'agent, fut-il en condition d'addiction. Les

⁹⁰ Cette notion a des liens de parenté avec l'approche centrée sur la personne (ACP) promue par Carl Rogers ou avec les « capacités » d'Amartya Sen.

⁹¹ Association AIDES, « Soutien et accompagnement », consulté le 26 avril 2014, http://www.aides.org/actions_de_Aides/soutient-accompagnement.

⁹² Association Aurore, « Charte de l'association Aurore ». op.cit.

intervenants socio-éducatifs craignent les effets infantilisants de la position passive de patient et ce qu'elle peut révéler d'un exercice du pouvoir par la société. L'usager est un addicté rationnel. Le travail de l'éducateur, ne porte donc pas sur le choix de vie, la gestion de la dépendance ni sur les moyens d'en sortir. L'éducation vise, comme nous l'avons vu, à donner à l'usager les moyens de suivre son propre chemin tout en se préservant des dangers les plus menaçants. Mais elle consiste également en une présence, l'intervenant pouvant répondre, sans les précéder, aux questions et aux demandes d'aides que formule la personne. Les professionnels disposent d'une gamme d'outils d'accompagnements : du matériel d'information et de RdR ; des consultations sociales, juridiques mais aussi infirmières, psychologiques et médicales ; diverses formules d'hébergement. Leur cadre professionnel se veut peu contraignant et ils ont une marge d'initiative et de créativité importante. Ils peuvent accueillir les usagers dans des lieux dédiés ou se déplacer sur leurs lieux de vie dans le cadre de « maraudes ». L'accompagnement individuel est singulier et ne suit pas des programmes préétablis. Dans les dispositifs d'hébergement, les usagers sont encouragés à entrer dans une dynamique collective dont il est attendu soutien mutuel, partage d'expériences et de ressources et chaleur affective. Cet aspect collectif de l'accompagnement est commun à de nombreuses pratiques d'*empowerment*.

Dans cette approche de l'aide aux personnes addictées existe une importante dimension militante. Le soin même est conçu comme un acte militant. L'effort pour aider l'autre est un effort pour le libérer du jeu de domination dans lequel il est pris, mais également un mouvement de libération de soi. La condition de vulnérabilité sociale est partiellement partagée par les intervenants et les usagers, et l'aide est parfois vécue comme mutuelle. Il y a donc un sens particulier de la solidarité qui s'adresse au corps social dans son ensemble au travers des propositions de soin.

Inscription institutionnelle

Le territoire français compte plusieurs centaines de structures que nous pouvons rattacher au paradigme socio-éducatif. Elles sont pour leur grande majorité gérées par des associations dont certaines sont petites et d'autres de taille très importante, et sont intégrées au dispositif public médico-social. Ces structures proposent

principalement un accueil pour les personnes les plus actives dans leurs consommations et souvent les plus vulnérables aux plans social, sanitaire et psychologique. Il s'agit essentiellement de Centres d'Aide et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour les Usagers de Drogues (CAARUD)⁹³. Les CAARUD sont des lieux d'accueil de jour, mais parfois de nuit également, facilement accessibles, proches des lieux de consommation et de vie, et ouverts. Les usagers viennent quand ils le souhaitent pour un simple café, un usage purement utilitaire des services proposés (douche, lave-linge, téléphone, internet, échange de seringues et matériel de RdR), ou des échanges plus approfondis avec d'autres usagers ou les professionnels. Les équipes sont composées majoritairement de « travailleurs sociaux » : éducateurs spécialisés, assistants sociaux, conseillers juridiques, animateurs dont d'anciens usagers et personnels administratifs. Certains CAARUD s'adjoignent des psychologues, des infirmiers et des médecins, généralement à temps partiel. Il existe parfois des structures résidentielles aux principes de fonctionnement proches des CAARUD comme les lieux d'hébergements pour usagers « actifs » dans leurs consommations et qui fonctionnent avec un certain degré d'autogestion.

Si ces structures sont le cœur de l'implantation institutionnelle du paradigme socio-éducatif, ce dernier influence également de nombreux acteurs du soin des addictions. Certaines associations gérant des CAARUD possèdent également des structures addictologiques d'autres types et qui s'adressent à d'autres publics mais sont de ce fait très imprégnées des idées et principes d'action découlant du paradigme. Ce dernier se retrouve également dans d'autres structures publiques mais y rencontre la résistance et la concurrence des autres paradigmes.

2. L'addiction comme fait médico-psychologique

Nous avons vu quel était le contenu d'un paradigme socio-éducatif de l'addiction. Celui-ci se situe fréquemment en contre-modèle à la « sanitarisation » de

⁹³ Cette dénomination ne reflète que partiellement les diverses missions de professionnels et la variété des publics accueillis. Les usagers d'alcool notamment y sont très représentés.

l'addiction. Les représentations issues du champ de la santé et du soin sur la question sont en effet riches et très présentes dans le débat public. Le sens commun les connaît mieux et se les approprie plus volontiers que celles qui sont issues du discours sociologique. Elles commencent à s'organiser au début dès le 19^{ème} siècle.

2.1. Médecine et drogues : une histoire ancienne

Les substances psychoactives ont marqué les hommes par leur puissance et leurs usages ont tôt été associés aux rites sacrés des sociétés. L'histoire des usages modernes puis contemporains de l'alcool et des drogues est à divers égards l'histoire d'une dérégulation. La médecine antique puis médiévale, dont l'objet se situait à mi-chemin entre le sacré et le profane, a concouru à faire sortir les psychotropes du domaine religieux en décrivant les effets thérapeutiques de ces substances, en les intégrant dans leurs théories de la santé et de la maladie et en les exploitant dans un but thérapeutique.

Au quatrième siècle avant notre ère, Hippocrate décrivait les effets de l'alcool et de l'opium et les utilisait dans ses soins. Six cents ans plus tard, Galien utilisait toujours l'opium dans ses thérapeutiques et détaillait les effets du chanvre. Ces substances ont ensuite trouvé un grand succès dans les pharmacopées des médecines médiévales chinoises, arabes et occidentales. C'est entre 18^{ème} et 19^{ème} siècle, au moment de la transformation industrielle de la société occidentale, que les usages de substances psychoactives se dérégulent. Dès 1784, le médecin américain signataire de la déclaration d'Indépendance, Benjamin Rush, publie « *An inquiry into the effects of ardent spirits upon the human body and mind* »⁹⁴. Il y présente l'abus d'alcool comme une maladie et en décrit les stades dans un passionnant parallèle entre dégradation physique et déchéance morale⁹⁵. Ce texte est considéré

⁹⁴ Benjamin Rush, *An Inquiry Into the Effects of Ardent Spirits Upon the Human Body and Mind: With an Account of the Means of Preventing, and of the Remedies for Curing Them* (Philadelphia: Thomas Bradford, 1784).

⁹⁵ Marc Valleur, « La nature des addictions », *Psychotropes* Vol. 15, n° 2 (2009): 21-44, doi:10.3917/psyt.152.0021.

comme fondateur d'une approche médicale des conduites d'intoxication⁹⁶. Ce regard sur les consommations d'alcool va rencontrer les préoccupations hygiénistes du 19^{ème} siècle⁹⁷ et les médecins vont travailler à l'élaboration d'un corpus anatomo-clinique qui va fortement orienter l'approche médicale des addictions jusqu'à nos jours. Nous connaissons aujourd'hui une modélisation neurophysiologique très sophistiquée des conduites addictives, et celle-ci a étayé le développement d'aides pharmacologiques et cognitivo-comportementales très couramment utilisées. Nous la détaillerons bientôt.

Cependant, au cours de ce 19^{ème} siècle, les progrès spectaculaires de la nouvelle médecine positive laissent persister de grands pans obscurs, notamment pour ce qui concerne la vie psychique humaine. Les aliénistes-psychiatres tentent de développer des modèles théoriques plus ou moins ancrés sur les nouvelles connaissances biologiques et développent des approches thérapeutiques qui associent des outils pharmacologiques, psychologiques et moraux. Mais c'est avec Sigmund Freud et la naissance de la psychanalyse que revient au premier plan du soin la dimension symbolique et imaginaire de l'existence, laissée de côté par la médecine positive. Si Freud semble avoir été plus fasciné par le pouvoir des produits psychoactifs que désireux de développer sa théorie à leur sujet, ses continuateurs ont réalisé des travaux importants. Ceux-ci – et ceux de la psychologie systémique – sont à l'origine d'un modèle de compréhension des usages toxiques singulier qui a déterminé une approche clinique importante.

Ces deux modèles, anatomo-clinique et psychodynamique, présentent, nous allons le voir, des différences sensibles. Mais elles ont en commun d'analyser les conduites addictives en termes de souffrance individuelle et de se préoccuper, dans une démarche clinique, du soin de cette souffrance.

2.2. Le paradigme anatomo-clinique

Les modèles anatomo-cliniques de l'addiction cherchent à rendre compte des comportements de dépendance par l'étude du socle biologique de l'existence. Ils

⁹⁶ Benjamin Rush, « Une enquête sur les effets des spiritueux sur le corps et l'esprit humains », trad. par Marc Levivier et Emmanuelle Gira, *Psychotropes* Vol. 17, n° 3 (2012): 179-212, doi:10.3917/psyt.173.0179.

⁹⁷ Nous reviendrons sur ce point au sujet de figures morales de l'addiction.

reposent donc sur l'étude du cerveau, de ses fonctionnements et dysfonctionnements, et sur l'analyse des cognitions qui en découlent et de leurs conséquences comportementales.

Eléments neurophysiologiques

La neurophysiologie des addictions est un domaine en évolution constante du fait des progrès techniques d'investigation (imagerie, modèles informatiques...) et de l'élaboration de nouvelles approches du fonctionnement cérébral (neuromodulation par exemple). Nous présenterons ici le modèle le plus classique de compréhension du fonctionnement addictif.

La dérégulation des circuits intracérébraux

Il est en effet habituel de présenter le « système de récompense / punition » comme la structure perturbée par l'usage de substances psychoactives⁹⁸. Dès les années 1950, cette voie régulée par un neuromédiateur, la dopamine, a été mise en avant pour décrire les troubles induits par différentes drogues chez le rat⁹⁹. Le système de récompense correspond à un circuit neuroanatomique appelé mésocorticolimbique en raison de ses trajets intracérébraux. Les voies neuronales dopaminergiques partent en effet de l'aire tegmentale ventrale - ATV (mésencéphale) en direction du système limbique d'une part et du cortex préfrontal d'autre part. Très tôt, les chercheurs ont compris l'implication de la dopamine dans la perception du plaisir et du déplaisir. En effet, une libération de dopamine induite par un signal phasique généré par l'ATV produit la sensation de plaisir alors que l'inhibition de ce signal a pour effet une frustration, un manque. Le circuit de la récompense associe différentes « compétences » des structures qui sont en jeu : la perception du plaisir, la mémoire du contexte de survenue du plaisir qui permettra ensuite son anticipation, l'élaboration cognitive et la planification des tâches. En condition normale, lorsque l'individu obtient une satisfaction (relationnelle,

⁹⁸ Michel Reynaud, « Quelques éléments pour une approche commune des addictions », in *Traité d'addictologie*, par Michel Reynaud (Paris: Flammarion, 2006), 3-13.

⁹⁹ Sandrine Lamy et Florence Thibault, « Neurobiologie et addictions », in *Addictologie*, par Michel Lejoyeux (Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson, 2008), 27-33.

alimentaire, sexuelle...), l'ATV produit une libération de dopamine dans le système de récompense. Le plaisir sera ressenti, puis les mécanismes inhibiteurs limiteront l'effet de la dopamine et le système retournera à son état de repos. En cas de répétition du même plaisir, le signal perdra progressivement de sa force du fait du renforcement de ces mêmes mécanismes inhibiteurs. L'individu aura alors tendance à se détourner de cette source de plaisir (effet d'habituation). Après un certain temps, il pourra y retourner et retrouver une satisfaction. L'intoxication par une drogue psychoactive va agir, soit directement sur le circuit dopaminergique soit indirectement par le biais d'autres neuromédiateurs (GABA, sérotonine...), en provoquant une augmentation du signal. Cette augmentation très forte et très prolongée va « forcer » le système et le déréguler. Le plaisir ressenti sera très intense. Les mécanismes inhibiteurs débordés ne seront plus capable de contenir le signal ni de produire un effet d'habituation¹⁰⁰. La dérégulation affectera également certaines fonctions mnésiques (la mémoire des souffrances liées aux consommations est réduite) ainsi que l'élaboration des processus cognitifs et la planification des tâches (décisions altérées faisant courir des risques à l'individu)¹⁰¹.

Plus récemment, le modèle a été complété par une prise en compte du niveau d'organisation « supérieur » au système de récompense. Les perceptions sensorielles de l'extérieur sont en effet analysées et filtrées par un circuit entre le thalamus et le cortex qui met en jeux deux neuromédiateurs : la sérotonine et la noradrénaline. Ils agissent ici de pair. La noradrénaline produit le désir de l'objet extérieur et la sérotonine régule ce désir pour protéger le fonctionnement cérébral. Hors, lors de prises répétées de substances psychoactives, il se produit un découplage de ces deux voies : la noradrénaline active fortement le cortex tandis que la sérotonine reste à un niveau bas¹⁰². Ce phénomène rend compte d'une caractéristique de l'addiction que la dérégulation du système de récompense ne suffit pas à expliquer. Il s'agit du « craving », le désir irrésistible de consommer

¹⁰⁰ James D. Jentsch et James R Taylor, « Impulsivity Resulting from Frontostriatal Dysfunction in Drug Abuse: Implications for the Control of Behavior by Reward-Related Stimuli », *Psychopharmacology* 146, n° 4 (1999): 373-90, doi:10.1007/PL00005483 Source: PubMed.

¹⁰¹ Roy A. Wise, « Brain Reward Circuitry: Insights from Unsensed Incentives », *Neuron* 36, n° 2 (2002): 229-40.

¹⁰² Jean-Pol Tassin, « Proposition d'un modèle neurobiologique de l'addiction », *Psychotropes* 14, n° 3 (2008): 11-28, doi:10.3917/psyt.143.0011.

la substance d'addiction. Aujourd'hui, certains auteurs comme le neuroscientifique Michel Le Moal¹⁰³ cherchent à synthétiser dans des modèles très complexes l'ensemble de données connues qui mettent en jeu, en plus des circuits déjà présentés, les circuits du stress, la structure du noyau accumbens (*shell* et *core*) et les observations faites aux niveaux cellulaires et moléculaires.

Les déterminants biologiques et environnementaux

Si ces modèles fournissent un support anatomo-fonctionnel convaincant aux conceptions cognitivo-comportementales que nous allons bientôt préciser, ils ne disent que peu de chose des étiologies possibles pour les troubles addictifs. Les neuroscientifiques complètent donc ces données par des recherches portant sur les facteurs réputés agir sur le fonctionnement cérébral. Il s'agit essentiellement des facteurs génétiques, psychologiques et d'influences environnementales, et de leurs interactions. Les variations génétiques sont considérées comme de potentiels facteurs de vulnérabilité, c'est-à-dire que, sans déterminer directement le trouble addictif, elles constituent une faiblesse qui, combinée ou non à d'autres facteurs, rendent l'individu vulnérable. Il a alors plus de risque que la moyenne des individus à devenir dépendant d'une substance expérimentée. Les gènes et *cluster* de gènes étudiés correspondent logiquement aux fonctions de codage pour la production et la dégradation des neuromédiateurs en jeu dans l'addiction. Les facteurs psychologiques et environnementaux pris en compte dans ces travaux proviennent essentiellement d'études épidémiologiques qui ont pour objet de décrire le plus finement possible les caractéristiques des usagers de substance. On connaît ainsi des éléments de personnalités plus fréquemment associés aux troubles addictifs. C'est le cas par exemple des *sensation seekers* décrit par Zuckerman¹⁰⁴ dans les années 1960. Ces personnes en « recherche de sensations » ont besoin d'un niveau d'activation cérébrale élevé. Pour ce faire, elles sont en quête d'expériences

¹⁰³ George F. Koob et Michel Le Moal, *Neurobiology of Addiction* (London: Elsevier Academic Press, 2006).

¹⁰⁴ Marvin Zuckerman, Duane P. Schultz, et T. Robert Hopkins, « Sensation Seeking and Volunteering for Sensory Deprivation and Hypnosis Experiments », *Journal of Consulting Psychology* 31, n° 4 (1967): 358-63.

intenses nouvelles et variées et sont prêtes à courir, pour cela, des risques importants que ce soit pour leur santé ou leur inscription sociale.

Conceptions cognitivo-comportementales

Les approches cognitivo-comportementales ont pour objet l'action directe sur le comportement problématique, en l'occurrence, l'addiction. Elles s'inspirent des sciences cognitives et notamment de leurs applications dans le domaine des systèmes d'information et de l'intelligence artificielle. Dans cette perspective, la pensée est modélisée et divisée en schèmes de cognition, ces schèmes déterminant des comportements. Les premières approches du début du 20^{ème} siècle, purement comportementales, se basaient sur les travaux d'Ivan Pavlov ou de John Watson et sur la notion de conditionnement classique. À partir du constat d'un apprentissage conditionné d'un comportement, on pouvait développer des pratiques de déconditionnement pour le « désapprendre ». Les modèles se sont ensuite considérablement enrichis des travaux sur la psychologie cognitive. On ne s'intéresse alors plus uniquement aux comportements mais aux déterminants cognitifs de ceux-ci : quelles sont les cognitions qui provoquent le comportement et celles qui l'inhibent ? L'enjeu de la thérapie cognitivo-comportementale sera donc d'agir par différents moyens pour soutenir et développer les cognitions favorables à l'arrêt du comportement et affaiblir celles qui le provoquent. Comme le souligne Alain Morel et al.¹⁰⁵ : « La thérapie va donc viser à réduire les comportements d'échec en modifiant les pensées et les croyances inadaptées, et en enseignant des techniques de contrôle » (p.170).

Les programmes les plus fréquemment utilisés aujourd'hui reposent sur le modèle de l'apprentissage cognitif. Comme l'explique Henri-Jean Aubin¹⁰⁶ :

Les théories de l'apprentissage cognitif sont centrées sur le rôle de la compréhension. La personne exécute des opérations mentales et stocke du matériel d'information dans sa mémoire, qui pourra être recherché et extrait

¹⁰⁵ Morel, Hervé, et Fontaine, *Soigner les toxicomanes*. op.cit.

¹⁰⁶ Henri-Jean Aubin, « Modèles cognitivo-comportementaux des addictions », in *Traité d'addictologie*, par Michel Reynaud (Paris: Flammarion, 2006).

quelque temps plus tard. La cognition implique une compréhension de la connexion entre la cause et l'effet, entre l'action et ces conséquences. (p.76)

C'est donc au niveau de la compréhension de cette connexion que se situe le défaut à traiter. Cette compréhension repose effectivement sur de croyances plus ou moins rationnelles. Concernant les addictions, le psychiatre américain Aaron Beck¹⁰⁷ a proposé une modélisation du cycle cognitivo-comportemental renforçant la conduite de dépendance. Selon cet auteur, les personnes addictées ont certaines particularités prédisposantes avec notamment une sensibilité exagérée aux émotions négatives (tristesse, anxiété, colère, déception...). Un stimulus interne ou externe rapidement pénible, une émotion négative par exemple ou une dispute avec un ami, va ainsi solliciter certaines croyances chez l'individu. Par exemple : « on se sent moins triste avec un shoot ». Cette croyance va provoquer une pensée automatique du type « un shoot me fera du bien » qui à son tour déclenchera une envie intense de consommer. Interviennent alors de croyances permissives : « je le mérite bien », « juste une fois »... Le comportement de recherche du produit débute alors et abouti à l'intoxication qui soulagera l'individu jusqu'à la survenue d'un nouveau stimulus.

D'autres travaux comme ceux de Gordon Marlatt modélisent des situations plus directement appliquées au cadre de soin. Ce psychologue de l'université de Washington a développé un modèle de prévention des rechutes. Face à une situation qui l'incite à consommer sa substance d'addiction, l'individu en cours de traitement peut avoir appris, ou non, à gérer efficacement le risque. Dans le cas où il parvient à éviter la consommation, il aura un sentiment d'efficacité personnelle accru, ce qui réduit les risques de rechute ultérieurs. En revanche, une incapacité à gérer la situation va lui donner le sentiment de ne pas être efficace et va engager un cycle de croyances et d'attentes sur le mode de celui de Beck et va aboutir à une nouvelle consommation. Cette rupture de l'abstinence risque alors de conduire à une nouvelle répétition compulsive des conduites addictives. Marlatt¹⁰⁸ propose donc au thérapeute d'intervenir à différents niveaux et selon différentes stratégies pour prévenir le risque de rechute.

¹⁰⁷ Aaron T. Beck et al., *Cognitive Therapy of Substance Abuse* (New York: Guilford Press, 1993).

¹⁰⁸ Gordon A. Marlatt et Judith Gordon, *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors* (New York: Guilford Press, 1985).

Propositions thérapeutiques

Dans le cadre de ce paradigme du soin des addictions, les propositions thérapeutiques sont plus complexes que dans d'autres disciplines anatomo-cliniques. Elles doivent effectivement combiner action pharmacologique sur le fonctionnement cérébral et modification des cognitions et comportements du patient.

Au plan pharmacologique, les médicaments utilisés agissent directement sur les récepteurs sollicités par les substances d'addiction ou sur le système dopaminergique. Certains d'entre eux ont été testés et développés à partir des enseignements tirés du modèle neurophysiologique de l'addiction, d'autres sont de « découverte » fortuite. L'objectif de la médication consiste, selon différentes stratégies, en une diminution de l'appétence à consommer et/ou une aide au maintien de l'abstinence. Cette dernière demeure ainsi un horizon du soin dans ce paradigme¹⁰⁹. Certains médicaments sont parfois utilisés de manière transversale dans tous les types d'addiction comme la naltrexone (Révia®) ou sont plus spécifiquement adaptés à certaines substances : l'alcool avec l'acamprosate (Aotal®) ou le disulfirame (Espéral®) et le tabac avec le bupropion (Zyban®) et la varénicline (Champix®). La prise en charge médicale vise également à réduire les symptômes du sevrage lorsqu'il est réalisé. La plupart de médicaments utilisés dans ce cadre sont des psychotropes (benzodiazépines et neuroleptiques), des anticonvulsivants et de légers antalgiques. La recherche se porte sur de nouvelles molécules qui sont attendues prochainement mais également sur des « vaccins » et des dispositifs implantables permettant d'avoir une action plus durable.

Parallèlement, de nombreux programmes de thérapies cognitives et comportementales ont été développés. Dans le champ des addictions, il existe différentes techniques qui peuvent être utilisées isolément ou en association, en individuel ou en groupe.

L'entraînement aux compétences de coping apprend à la personne à « faire face ». Les programmes sont standardisés et séquencés et reposent sur des recommandations, des exercices ou des jeux de rôles. Ils portent sur la prévention

¹⁰⁹ Il nous semble pour cette raison que l'approche pharmacologique qui consiste en une substitution, c'est-à-dire un déplacement de la dépendance d'un objet toxique et potentiellement illicite à un médicament prescrit et évalué scientifiquement n'entre pas dans ce paradigme.

des rechutes et la gestion des situations à risque, sur les compétences sociales et la gestion des émotions négatives. Les *thérapies d'exposition* mettent l'individu, accompagné du thérapeute, en présence de son objet d'addiction et parfois dans ses circonstances habituelles de consommation, cette consommation lui étant interdite. L'objectif est de lui faire éprouver un désir intense de la substance tout en l'aidant à être conscient de ses cognitions et de lui permettre de constater que ce désir s'affaiblit puis disparaît naturellement. La *technique de management des contingences* s'adresse essentiellement au niveau comportemental puisqu'il s'agit de récompenser les évitements de la consommation et de punir les rechutes. Dans certains programmes, ces récompenses et punitions sont symboliques (jetons de couleur par exemple), dans d'autres elles sont réelles (attribution ou retrait d'une aide financière, maintien ou diminution d'un traitement de substitution...).

Inscription institutionnelle

Assez logiquement, le lieu emblématique du paradigme anatomo-clinique est l'hôpital. Mais il a une influence importante dans toutes les structures où un médecin exerce ainsi qu'en médecine de ville. De nombreux services hospitaliers d'addictologie existent en France. Ils réalisent un travail de liaison auprès des autres services environnants où ils rencontrent des patients présentant des addictions pour les évaluer, les traiter, les orienter et répondre aux problèmes de équipes et proposent des consultations spécialisées. Mais leur activité centrale est l'hospitalisation de patients addictés pour des sevrages réalisés en une à deux semaines ou pour des « soins de suite », le patient séjournant alors plus longtemps. Ils organisent également des « hôpitaux de jour » qui peuvent accompagner quelques temps les patients à leur sortie. Les soins délivrés sont très diversifiés mais structurés généralement autour de la prise en charge médicale. Les équipes sont constituées essentiellement de médecins, d'infirmières, de psychologues et d'aides-soignants mais comptent également des assistants sociaux, des éducateurs sportifs, des ergothérapeutes ou des psychomotriciens.

2.3. *Le paradigme psychodynamique*

La catégorie « psychodynamique » regroupe les approches psychologiques « des profondeurs ». Elles ont en commun une approche herméneutique, une quête de sens et une compréhension des fonctionnements psychiques en termes de dynamique vitale. Contrairement aux approches naturalistes qui tendent à fixer l'expérience existentielle dans son socle biologique, elles décrivent l'Homme en termes de mouvements psychiques et de développements psycho-affectifs et comportementaux. Aujourd'hui, la psychodynamique regroupe essentiellement la psychanalyse et la psychologie systémique.

Le modèle psychanalytique

Il est de fait délicat de parler de modèle tant la synthèse des travaux psychanalytiques sur les addictions est problématique. L'homogénéité des fonctionnements psychiques et de leurs déterminants psychoaffectifs et développementaux semble faire défaut, et cela constitue déjà un fait clinique particulièrement important. Tenter une synthèse conduit donc inmanquablement à une réduction théorique caricaturale improprie à aider patient et clinicien dans leur effort commun du soin. Sylvie Le Poulichet¹¹⁰ nous met en garde contre ce risque : « Ainsi peut-on détacher ce qui représenterait une première caractéristique sous la forme d'une proposition(...) : 'la toxicomanie' précipite un savoir et cause une hâte à conclure » (p.9-10).

Dès le début du 20^{ème} siècle, de nombreux psychanalystes se penchent sur le problème de leurs patients consommateurs excessifs d'alcool, d'opium et de tout ce qui chez eux fait l'objet d'un usage compulsif, irrépressible¹¹¹. Ainsi émergent plusieurs idées qui progressivement vont constituer un socle de réflexion utile. Toutefois, comme le rappelle Jean-Paul Descombey¹¹², l'addiction n'est devenue que péniblement un objet d'intérêt sérieux pour l'institution psychanalytique. Il

¹¹⁰ Sylvie Le Poulichet, *Toxicomanies et psychanalyse* (Paris: Presses Universitaires de France - PUF, 2007).

¹¹¹ Voir : « Le concept d'addiction ».

¹¹² Jean-Paul Descombey, « L'alcoolisme, continent noir de la psychanalyse ? », *Revue française de psychanalyse* Vol. 68, n° 2 (2004): 561 - 79, doi:10.3917/rfp.682.0561.

n'en demeure pas moins que rendre compte de l'ensemble de ces travaux dans leur richesse constitue une tâche immense qui excède notre propos. Nous nous limiterons ici, d'une part à souligner quelques idées importantes qui structurent les représentations cliniques d'un certain nombre de professionnels dans le champ de l'addictologie ; et d'autre part à fournir quelques éléments de genèse des conduites addictives qui nous permettront d'envisager les modalités particulières de relation entre l'addicté et ses soignants. Les travaux très importants de la psychanalyste Joyce Mac Dougall nous serviront de fil rouge dans cette partie.

Une condition normale de l'Homme

Depuis le début de ses conceptualisations théoriques, Freud a lié les symptômes manifestes de ses patients adultes à leurs expériences infantiles. Se limitant d'abord à l'évènement traumatique, il a rapidement considéré plus largement l'enfance comme un processus de construction psychique en lien étroit avec son environnement familial. La qualité de ces interactions précoces est effectivement déterminante pour la vie psychoaffective future du sujet. Cet accent mis par la psychanalyse sur l'atmosphère de lien et d'échanges structurants et déterminants avec l'entourage de l'enfant, sa mère au premier plan, mais également son père, ses frères et sœurs, ses grands-parents ou d'autres adultes et enfants présents pour lui, se retrouve par exemple chez Donald Winnicott¹¹³ quand il décrit l'expérience materno-infantile périnatale. Les capacités maternelles de soin (*handling*), de portage (*holding*) et de présentation du monde (*object presenting*) doivent être « adéquates sans plus »¹¹⁴ et évoluer progressivement pour permettre au nourrisson puis à l'enfant de développer une perception de lui-même et du monde qui l'entoure. À la condition d'avoir une mère « suffisamment bonne »¹¹⁵, l'adulte que deviendra l'enfant pourra se reconnaître sujet, pourvu d'une vie psychique et d'un corps qui sont les siens et en relation avec d'autres sujets. Pour cet individu

¹¹³ Donald W. Winnicott, *Jeu et réalité : l'espace potentiel* (Paris: Gallimard - NRF, 1975).

¹¹⁴ Il s'agit de la traduction faite par Joyce Mac Dougall de l'expression de Winnicott, « good enough ». La traduction plus classique que nous utiliserons également est « suffisamment bonne ».

¹¹⁵ La fonction maternelle dont il est ici question ne se superpose pas totalement au rôle de la mère. Cette fonction, qui doit être d'une qualité particulière, incombe à l'entourage proche du nourrisson, et circule entre ses différents membres, en fonction du temps et des circonstances.

L'incompréhension de cette nuance a contribué à l'émergence d'une critique mal fondée de la psychanalyse, jugée culpabilisante pour les mères de sujets souffrants de troubles psychiques.

« normal-névrosé », cette vie relationnelle, affective et sexuelle n'est pas « un long fleuve tranquille ». Il doit sans cesse, consciemment et inconsciemment, concilier, négocier et réaliser des compromis entre les différentes représentations qu'il porte en lui et ses désirs et contraintes qui s'opposent.

C'est donc à partir d'une situation de dépendance primordiale que le sujet s'individualise ensuite. Sans cet état de dépendance aucune liberté n'est possible. De même cette liberté n'est pensable que dans certains liens de dépendance. Jean-Paul Descombey¹¹⁶ le rappelle :

Les conduites d'addiction sont banales, universelles, pouvant être employées par tout un chacun quand nos capacités habituelles de défense, de contention, d'élaboration sont dépassées par un événement extérieur ou intérieur ; ce qui peut pousser à boire, manger, fumer plus que de coutume, à prendre des médicaments... ou à se jeter dans des relations, sexuelles ou autres, de même visée. (p.73)

La dépendance, élément constitutif de notre Être devient problématique, pathologique, quand elle impose des conduites répétitives et stéréotypées qui deviennent envahissantes et exclusives dans la vie du sujet : « Ainsi, cette économie psychique ne devient un problème que dans le cas où elle est quasiment *la seule solution* dont le sujet dispose pour supporter la douleur psychique »¹¹⁷ (p.12).

Une économie de préservation

Joyce Mac Dougall revendique et défend son choix du terme « addiction » dans « Théâtre du je »¹¹⁸ puis dans « L'économie psychique de l'addiction »¹¹⁹. Il s'agit pour elle d'écarter d'emblée deux idées qui perturbent la perception clinique des patients addictés : la prévalence de la substance et du désir d'autodestruction.

Selon elle, le terme de toxicomanie (on pourra dire la même chose de celui d'alcoolisme) centre la perception du phénomène sur le rapport au produit stupéfiant au détriment de la perception de l'économie addictive. Comme le

¹¹⁶ Jean-Paul Descombey, *L'économie addictive : L'alcoolisme et autres dépendances* (Paris: Dunod, 2005).

¹¹⁷ Joyce McDougall, « L'économie psychique de l'addiction », in *Anorexie, addictions et fragilités narcissiques*, par Vladimir Marinov (Paris: Presses Universitaires de France - PUF, 2001).

¹¹⁸ Joyce McDougall, *Théâtre du Je* (Paris: Gallimard, 1982).

¹¹⁹ McDougall, « L'économie psychique de l'addiction ». op.cit.

souligne Le Poulichet¹²⁰, mettre l'accent sur le toxique fait courir le risque d'engager le soignant dans une intoxication complice avec le patient : « Cette relation en miroir peut bien sûr s'établir de façon plus apparente entre des toxicomanes et des médecins dès lors qu'ils organisent leurs savoirs autour de la figure du toxique » (p.26). « Addiction » qui renvoie effectivement à l'idée d'esclavage et de dette questionne la position du sujet dans son comportement de dépendance plus que la puissance du produit et de ses effets. Joyce Mac Dougall va également à l'encontre d'une vulgate psychanalytique qui envisage d'abord les conduites addictives au travers de la pulsion de mort et du désir d'autodestruction des addicts. Le Poulichet¹²¹ est également de cet avis :

Les troubles organiques engendrés par des consommations de drogues ou le problème des « overdoses » – qui ne concerne qu'un petit nombre de toxicomanes – autorisent trop souvent une forme de complaisance théorique qui tend à présenter « la toxicomanie » comme une illustration de la pulsion de mort. (p.38)

Mac Dougall¹²² souligne que l'objet d'addiction est d'abord un « bon objet », un objet qui donne du plaisir et qui fait du bien :

Bien que la personne addictée puisse *se sentir esclave* de son objet ou de son comportement addictif, son but n'est en aucun cas de se faire du tort ; bien au contraire, elle pense que cette poursuite est celle d'un bon objet en ce sens qu'il lui procure avant tout du bien-être et même, dans les cas extrêmes, qu'il peut être vécu comme ce que donne sens à sa vie. (p.15)

Il s'ensuit donc que l'intoxication (avec un stupéfiant, une conduite spécifique ou une relation), sa répétition et l'organisation de la vie de l'addicté autour de celles-ci ont une fonction défensive pour le sujet. Elles vont lui servir à échapper à des éprouvés terrifiants. En effet, le sujet addicté a dû se construire dans un environnement « insuffisamment bon » qui ne lui a pas permis d'acquérir un sentiment d'unité et de sécurité interne. Il doit vivre avec ce qui s'est passé et ce qui ne s'est pas passé. De nombreux psychanalystes soulignent cette fonction « d'auto-soin », « d'auto-médication » des conduites d'addiction : « La solution addictive est

¹²⁰ Le Poulichet, *Toxicomanies et psychanalyse*. op.cit.

¹²¹ Ibid.

¹²² McDougall, « L'économie psychique de l'addiction ». op.cit.

une tentative d'autoguérison face à la menace de stress psychique »¹²³ (p.33). Mais l'addiction n'est pas qu'une sédation, elle se constitue en objet symbolique inclus dans le sujet. Elle devient une partie vitale de lui-même. Sylvie Le Poulichet¹²⁴ utilise la métaphore de l'organe que le sujet se greffe, soit en « suppléance » (p.104) dans les états pathologiques les plus sévères (notamment psychotiques) soit en « supplément » (p.116) quand il s'agit d'équiper un narcissisme fragilisé.

Une situation « limite » dans la psychopathologie

Un autre point sur lequel insiste Joyce Mac Dougall est que l'addiction ne concerne pas un type particulier et homogène d'organisation psychique. La systématisation psychanalytique divise classiquement les organisations psychiques régulières en « structures » qui sont au nombre de trois : les névroses, les psychoses et les perversions. Les observations cliniques montrent que l'addiction ne peut pas être associée à l'une de ses structures, ni considérée comme une structure propre. Pascal Hachet¹²⁵ le souligne : « L'ensemble des auteurs pense aujourd'hui que la toxicomanie n'est pas une structure psychique en soi, qu'on peut la retrouver dans toutes les structures mentales » (p.29). La solution addictive peut être un recours pour le sujet, qu'il soit névrosé, psychotique ou pervers.

Toutefois, depuis les travaux d'Edward Glover¹²⁶, de nombreux auteurs rapprochent les conduites addictives des « états limites ». Ces patients « états limites » ont un fonctionnement psychique non entièrement fixé. En fonction de leurs expériences infantiles, de la gravité et du moment où sont survenus des événements (ou non-événements) ayant provoqué des réactions psychiques problématiques, ces sujets pourront présenter des symptômes « classiques » des grandes structures en même temps que des symptômes « limites » dominés par les angoisses d'effondrement, les relations d'objet anaclitiques, la difficulté à identifier ses émotions, le recours à l'agir, sur le corps notamment. La complexité de l'expression symptomatique et son instabilité dans le temps font préférer à Jean

¹²³ Ibid.

¹²⁴ Le Poulichet, *Toxicomanies et psychanalyse*. op.cit.

¹²⁵ Pascal Hachet, *Les toxicomanes et leurs secrets* (Paris: Les Belles Lettres, 1996).

¹²⁶ Glover, « On the aethiology of drug addiction ». op.cit.

Bergeret¹²⁷ le terme « d'aménagements limites ». Ce rapprochement théorico-clinique entre addiction et fonctionnements limites a permis des avancées sensibles dans la compréhension des patients addictés et a mobilisé des psychanalystes qui ont pu faire évoluer leur cadre de soin pour accueillir et mieux écouter ces personnes. Toutefois, les auteurs travaillant préférentiellement sur les problématiques addictives prennent quelques distances avec les états limites et développent d'autres voies de recherche.

Eléments de genèse des conduites addictives

En effet Descombey¹²⁸ souligne qu'une « quatrième voie » se dessine dans les travaux de Joyce Mac Dougall. Nous retrouvons chez Sylvie Le Poulichet et Pascal Hachet des propositions qui poursuivent cette position. Pour Mac Dougall, l'économie psychique qui se tourne vers la solution addictive est marquée par la « désaffectation ». Pour elle, l'usage de ce terme renvoie simultanément à la perte de l'affection, de l'amour d'un Être aimé et au changement d'affectation d'un lieu. Une église désaffectée ou un hangar désaffecté, par exemple, perdent leur destination première tout en conservant quelque chose – un peu fantomatique – de leur fonction d'origine. Il en ressort un sentiment d'étrangeté qui est précieux à Mac Dougall pour rendre compte des éprouvés particuliers des patients addictés. Avec le terme de désaffectation, elle cherche à se distancier des notions de « pensée opératoire » et « d'alexithymie » classiques dans la théorie psychosomatique tout en reprenant certains traits. En s'appuyant sur des cas cliniques de patients addictés en analyse, elle met en évidence une particularité de leur fonctionnement psychique dominé par une difficulté voire une impossibilité à identifier les émotions qu'ils éprouvent. Dans les cas les plus sévères, rien n'est ressenti. Dans d'autres cas, qui peuvent alors mener à une demande de soin, une angoisse très confuse est perçue par le sujet mais ne peut pas être identifiée, ni rattachée à une expérience, un événement, un souvenir, un désir... Joyce Mac Dougall¹²⁹ remarque que c'est l'intensité de l'émotion qui provoque la réaction de défense plus que sa nature qui

¹²⁷ Jean Bergeret, *Psychologie pathologique*, Abrégés (Paris: Masson, 1976).

¹²⁸ Descombey, *L'économie addictive*. op.cit.

¹²⁹ Joyce McDougall, *Théâtres du corps* (Paris: Gallimard - NRF, 1989).

peut être négative (tristesse, frustration...) ou positive (désir, joie...). Elle évoque ainsi le discours d'une de ses patientes dépendante à l'alcool :

Essayant de décrire ce qu'elle éprouvait dans cette douloureuse situation elle me dit un jour : « Je ne peux jamais décider si j'ai faim, si je suis en colère, si je suis angoissée ou si j'ai envie de faire l'amour – et c'est à ce moment que je me mets à boire. » (p.125)

D'un point de vue économique, cette désaffectation a pour fonction de disperser le trop-plein d'énergie qui accompagne l'émergence d'émotions qui menacent de déborder les capacités de contenance psychique du sujet. Cette énergie va toutefois devoir être « déchargée » faute de pouvoir être perçue, rattachée à un sens et dissipée par le travail de pensée, d'élaboration psychique. Un sujet normal-névrosé peut en effet, consciemment et inconsciemment, « utiliser » cette énergie en la réorientant vers des buts qui lui seront favorables. Ainsi, au mieux, cette énergie aboutira dans ce que Donald Winnicott¹³⁰ appelle l'espace transitionnel, ce lieu symbolique entre soi et l'autre, à la fois soi et autre, où elle permettra au sujet d'investir la relation affective et le jeu, d'exercer sa créativité et sa curiosité.

Mais le sujet « désaffecté » qui n'a qu'un accès limité à cet espace transitionnel doit – inconsciemment – trouver une autre solution. La décharge va se faire dans le réel concret, par l'agir et le corps. Cela rend compte, d'une part des « troubles de comportement » que l'on attribue fréquemment aux personnes addictées et des « passages à l'acte » que l'on observe : accidents, bagarres, automutilations, suicides... ; et d'autre part de la fréquence chez elles de symptômes physiques plus ou moins bien systématisés qui viennent ponctuer leur parcours et leurs relations avec les soignants notamment (maladies de peau, céphalées, comitialité, rechutes de maladies graves...).

Nous sommes tous aptes à décharger nos tensions par l'action quand les circonstances sont particulièrement génératrices de stress (nous mangeons, nous buvons, nous fumons plus que d'habitude, etc.). Mais ceux qui, de façon continuelle, utilisent l'action comme une défense contre la douleur mentale (alors que la réflexion et l'élaboration mentale seraient plus

¹³⁰ Winnicott, *Jeu et réalité : l'espace potentiel*. op.cit.

appropriées) courent le risque de voir s'accroître leur vulnérabilité psychosomatique.¹³¹(p.125)

La substance addictive (qu'elle soit pharmacologique ou comportementale) peut alors devenir pour le sujet un objet préférentiel de recours qui permet de synthétiser et de fixer ces décharges qui, sans elle, pourraient avoir des destins plus destructeurs. Le produit d'addiction ressemble alors beaucoup à « l'objet transitionnel » décrit par Winnicott, le « doudou » qui va permettre à l'enfant de construire progressivement l'espace transitionnel et fera de lui un sujet autonome en lien avec les autres, « seul en présence de la mère ». Il est à l'interface entre le monde intérieur et le monde extérieur et permet de mettre en scène la présence et l'absence des autres et aux autres. Mais force est de constater qu'à l'inverse de l'objet transitionnel qui devient un support interne au moi dont la permanence donne au sujet son sentiment de sécurité, la substance addictive n'agit que brièvement :

Mais à l'encontre de l'objet transitionnel, les objets du besoin addictif ne parviennent pas à fournir au-delà d'une brève période le réconfort exigé et ce qu'ils offrent est rarement suffisant pour le petit enfant désespéré et furieux qui survit chez ces patients. (p.127)

Ainsi Joyce Mac Dougall parle-t-elle d'un « objet transitoire », précieux mais qui *in fine* échoue :

Puisqu'aucun objet réel ne peut remplacer l'objet fantasmatique (qui manque ou qui est endommagé) dans le monde interne, la substance maternante-apaisante doit être constamment recherchée dans le monde du dehors et elle l'est habituellement en quantité croissante. (p.128)

L'objet fantasmatique manquant dont il est question ici est la représentation d'une fonction maternelle « adéquate sans plus » c'est-à-dire capable de contenir les mouvements émotionnels intenses de son enfant. Cette fonction maternelle, accompagnée par la fonction paternelle, doit fournir progressivement à l'enfant la capacité de se sentir lui-même tout en reconnaissant son besoin des autres. Ce processus « d'individuation » nécessite, face aux expériences inévitables de séparation d'avec l'objet maternel, que le sujet en développement acquière, soutenu

¹³¹ McDougall, *Théâtres du corps*. op.cit.

par son environnement, la capacité de percevoir le manque et la tristesse, de les supporter, de les faire siennes et de se les remémorer. Ce mouvement d'intériorisation élaborée des pertes liées aux épreuves de la séparation est appelé « introjection » par Abraham et Torok¹³². De la qualité de ces introjections, et donc des investissements parentaux, dépendra la capacité du sujet à investir des relations affectives avec d'autres sujets, différents de lui, et à supporter les multiples petites épreuves de séparation que ces relations supposent. Jean-Louis Pédinielli¹³³ le résume par cette formule : « On ne peut aimer et supporter la différence que si l'on s'aime suffisamment soi-même parce que l'on a été aimé » (p.66). Abraham et Torok introduisent, en opposition à l'introjection, la notion « d'incorporation » qui correspond à l'inscription, en creux, à l'intérieur du sujet, des représentations et affects liés aux expériences de séparation. Ces incorporations vont fournir au sujet la capacité de nier la réalité de la séparation, de faire comme si la séparation n'advenait pas. Mais ces « inclusions », pour survivre aux épreuves de la réalité, vont s'isoler au sein du sujet et provoquer ce que les psychanalystes appellent un « clivage du moi ». Il en résultera que le sujet, entravé dans sa capacité à supporter la séparation et la différence de l'autre, vivra péniblement ses relations affectives et que la figure de l'autre aimé sera écartelée entre celle d'une mère idéale et fusionnelle et celle d'une mère omnipotente et tyrannique. Dans ces conditions, le sujet évitera les investissements affectifs, et lorsqu'il ne pourra faire autrement, vivra des relations intenses et épuisantes, marquées par l'idéalisation de l'autre puis par la déception et par la discontinuité. Autour de ces difficultés de séparation et des modalités de relation qui en découlent se comprend une autre utilisation du produit d'addiction. Pour certains sujets, l'objet d'addiction, plus concret et présent que l'autre et son amour, va permettre de mettre en scène pour eux-mêmes des relations plus « satisfaisantes ». À l'autre, vécu simultanément comme indispensable et dangereux, dangereux parce qu'indispensable, va se substituer un objet maîtrisable, dont l'absence et la présence seront gérés par le sujet :

Au détriment des émotions qui menacent le narcissisme du sujet, l'addiction privilégie les sensations par lesquelles ces sujets s'assurent de la

¹³² Nicolas Abraham et Maria Torok, *L'écorce et le noyau* (Paris: Aubier - Flammarion, 1978).

¹³³ Jean-Louis Pédinielli, Georges Rouan, et Pascale Bertagne, *Psychopathologie des addictions* (Paris: Presses Universitaires de France - PUF, 1997).

présence concrète des objets qui leur font défaut à l'intérieur, tout en pouvant vérifier que l'objet externe est à la fois à disposition et toujours extérieur, c'est-à-dire sans risque de confusion avec soi.¹³⁴ (p.66-67)

C'est ici que se présente la question étiologique. Quelles que soient les voies par lesquelles les auteurs psychanalystes abordent la problématique addictive, ils parviennent tous à cette idée que les interactions précoces entre l'enfant futur addicté et son environnement ont été entravées. Ces défauts laissent alors le sujet mal équipé pour faire face aux expériences existentielles ou/et accueillir les éléments d'histoire transmis par les parents et l'environnement.

La psychanalyse qui a pour objet la parole de patients singuliers dans le cadre psychanalytique, ne peut, par nature, produire de savoir total et généralisant sur l'expérience des patients. Chaque patient addicté en analyse verra, avec son analyste, apparaître certains éléments de ses relations précoces avec son environnement. De la même façon, l'analyste pourra se représenter la nature de ces relations précoces et en comprendre certaines défaillances. Certains patients auront subi des violences sexuelles sans que leurs parents aient su les protéger, d'autres auront eu une mère très déprimée après la naissance, des pères seront partis... mais il n'est pas possible de dégager une typologie des déterminants des conduites addictives ni d'établir des liens de causalité systématique entre les expériences passées des sujets addictés et leurs comportements actuels. Certains auteurs, toutefois, devant la récurrence de motifs particuliers chez leurs patients, les présentent comme des sources potentielles d'orientation préférentielle des sujets vers une économie addictive.

Confusion maternelle et traumatismes

Pour la psychanalyste Odile Lesourne¹³⁵, c'est une succession de traumatismes qui va être à l'origine de l'installation d'une économie addictive chez un sujet. Le premier temps de ces traumatismes est à situer au tout début de la vie, dans les échanges entre le nourrisson et sa mère. Dans la construction théorique de Lesourne qui s'appuie sur sa pratique clinique, ces premiers échanges sont marqués par une

¹³⁴ Ibid.

¹³⁵ Odile Lesourne, *La genèse des addictions : Essai psychanalytique sur le tabac, l'alcool et les drogues* (Paris: Presses Universitaires de France - PUF, 2007).

forme de confusion maternelle, de malentendu sur les besoins de son enfant. Elle est un peu à côté. Cette déviation vient du fait que, inconsciemment le plus souvent quelque chose de l'enfant ne lui convient pas : « Il est probable que quelque chose dans l'enfant dérangeait la mère. Il a pu paraître étranger, non conforme à l'idée que s'en faisait la mère, à 'l'enfant imaginaire' » (p.183). Il peut y avoir une multitude d'origines possibles à un tel sentiment chez la mère :

Il a pu arriver à un très mauvais moment, être rejeté par le père, ce qui a fait de lui pour la mère la cause de l'éloignement de ce dernier. Il a pu être rejeté par les grands-parents, coupant la mère de ses ascendants. (p.183)

Toujours est-il que le nourrisson, alors que sa mère lui apporte tous les soins réels nécessaires, va d'abord percevoir cette inadéquation maternelle au travers de son regard :

Lorsque l'enfant boit, il jouit avec la bouche, mais il regarde intensément sa mère ; pour le futur addict, la mère qu'il a devant les yeux regarde un peu ailleurs ou autre chose que l'enfant, ou elle voit un enfant qui ne lui plait pas complètement, ou il la regarde, mais elle est absente. (p.184)

Objet de ce regard énigmatique et percevant la discordance entre ce regard et les bons soins de sa mère, le sujet émerge chez l'enfant de manière singulière et déterminée par :

le paradoxe entre ce qu'il pressent qu'on ne veut pas de lui ou de certains aspects de lui, et quelque chose comme un message convenu et sur lequel tout le monde s'accorde, et lui le premier : sa mère lui donne du bon, *du bon pour son corps*. (p.187)

C'est alors ce corps, objet (seul) des bons soins maternels qui va être surinvesti par l'enfant. C'est ce corps qui sera plus tard, chez l'adulte addicté, le support de la consommation toxique, mais aussi le vecteur des passages à l'acte et le *soma* malade, douloureux. La vie psychique va de son côté être investie de manière plus secondaire et problématique :

On a tout lieu de supposer que l'*infans* est à la fois satisfait corporellement et insatisfait parce que quelque chose d'essentiel et d'informulable, ou plutôt d'irreprésentable a manqué – car là où il y aurait dû y avoir quelque chose, il n'y a rien eu, du blanc, du neutre, car il n'a pratiquement pas eu l'expérience de la présence de cette chose-événement. (p.185)

Cette empreinte négative et l'effort de l'enfant pour unifier son fonctionnement psychique vont initier le clivage au sein du moi déjà mentionné. Comme Lesourne le rappelle, rien n'est fixé à ce stade et de multiples ajustements chez la mère, l'enfant, le père ou l'environnement peuvent compenser ces premières expériences difficiles. Mais il est aussi possible que ces ajustements n'aient pas lieu et que l'enfant soit alors, tout au long de son développement psychoaffectif, exposé aux messages énigmatiques. Le risque est alors grand que les comportements addictifs apparaissent à l'adolescence.

Mais si les défauts d'accordage de la mère peuvent être provoqués par des événements qu'elle vit en première personne, ils viennent parfois d'histoires plus anciennes dont la trace a été « oubliée » voire perdue.

Transmissions transgénérationnelles : mandat, cryptes et fantômes

Le pédopsychiatre et psychanalyste Serge Lebovici¹³⁶ a abordé la question de la genèse des troubles psychopathologiques sous l'angle de la transmission transgénérationnelle. Pour Lebovici, quelque chose existe dans le projet d'enfant des parents qui précède la construction du moi de cet enfant et va constituer un « bagage » avec lequel le futur sujet devra composer. L'auteur insiste sur la dimension orale, et essentiellement infraverbale et inconsciente de ce mandat. Les tragédies grecques donnent plusieurs illustrations classiques de ces déterminant transgénérationnels au travers des malédictions familiales. Mais, comme le rappelle Monique Bydlowski¹³⁷, c'est sur l'œuvre de Richard Wagner que Lebovici s'appuie pour fournir une image du mandat transgénérationnel. Dans « l'Anneau du Nibelung », il est question de la mission qu'un père, Wotan, confie à son fils, Sigmund, de poursuivre son règne et de préserver le royaume des dieux. Ce dernier est tué après avoir conçu un fils, Siegfried, qui va hériter sans le savoir, et à l'insu même de son père, de la mission de ce dernier. Par là, il est porteur, inconscient, d'un mandat transgénérationnel qui va en partie déterminer ses actions futures.

¹³⁶ Serge Lebovici, *Le nourrisson, la mère et le psychanalyste : Les interactions précoces* (Paris: Le Centurion, 1983).

¹³⁷ Monique Bydlowski, « Le « mandat transgénérationnel » selon Serge Lebovici », *Spirale* 1, n° 17 (2001): 23-25, doi:10.3917/spi.017.0023.

Nicolas Abraham et Maria Torok¹³⁸ développent une idée proche de la transmission transgénérationnelle au travers des notions de « crypte » et de « fantôme ». Nous avons vu comment, à partir des interactions précoces parents-enfants, le sujet se trouvait capable d'*introjecter* ses expériences de séparations et de pertes douloureuses ou contraint à les *incorporer*, incluant en lui-même des représentations et des affects en négatif et provoquant un clivage du moi :

À défaut même de cette issue de secours (l'introjection)¹³⁹ il ne restera qu'à opposer au fait de la perte un déni radical, en feignant de n'avoir rien eu à perdre. (...) Tous les mots qui n'auront pu être dits, toutes les scènes qui n'auront pu être remémorées, toutes les larmes qui n'auront pu être versées, seront avalés, en même temps que le traumatisme, cause de la perte. Avalés et *mis en conserve*. (p.266)

Mais la métaphore alimentaire cède immédiatement le pas au registre funèbre. Il est question de perte, de deuil, de dépression et de mélancolie et les auteurs soulignent ainsi la puissance mortifère des effets du secret :

Le deuil indicible installe à l'intérieur du sujet un *caveau secret*. Dans la crypte repose, vivant, reconstitué à partir de souvenirs de mots, d'images et d'affects, le corrélat objectal de la perte, en tant que personne complète, avec sa propre topique, ainsi que les moments traumatiques – effectifs ou supposés – qui avaient rendu l'introjection impraticable. Il s'est créé ainsi tout un monde fantasmatique inconscient qui mène une vie séparée et occulte. Il arrive cependant que, lors de réalisations libidinales, 'à minuit', le fantôme de la crypte vienne hanter le gardien du cimetière, en lui faisant des signes étranges et incompréhensibles, en l'obligeant à accomplir des actes insolites, en lui infligeant des sensations inattendues. (p.266)

Cette image du fantôme qui vient illustrer l'expérience étrange des personnes qui ne peuvent comprendre, « décrypter », certains de leurs symptômes, notamment au cours d'une psychanalyse, diffère de ce qu'Abraham et Torok vont désigner au travers de la notion de « travail du fantôme ». Ce dernier est le résultat de la transmission, d'une génération à la suivante, d'une crypte. Le contenu inconscient de la crypte demeure inchangé chez l'enfant. Et, sans l'aide du parent porteur

¹³⁸ Abraham et Torok, *L'écorce et le noyau*. op.cit.

¹³⁹ Nda

originnaire de la crypte, il n'a que très peu de chances de connaître son existence et encore moins de l'ouvrir. Mais il s'agit du *travail* du fantôme. Il est actif et va avoir également de effets étranges pour l'enfant, mais va également l'engager dans une tentative de soin des porteurs originaires de la crypte. Pascal Hachet¹⁴⁰ qui utilise ces éléments théoriques pour rendre compte de ses expériences cliniques avec des sujets addicts, le dit clairement : « Cette pathologie oblige l'enfant à symboliser les expériences qui n'ont été que partiellement symbolisées par ses parents, qu'il s'efforce de comprendre et de soigner dans l'espoir d'être mieux compris et soigné par eux. » (p.17). On repère ainsi chez ces porteurs de fantôme une « divergence entre ses intérêts psychiques propres et son besoin de comprendre et de soigner un proche endommagé au travers des symptômes bizarres ». (p.48)

Selon Hachet, de nombreux addicts sont porteurs de cryptes et de fantômes. La gravité de leur contenu et leurs éventuelles associations et combinaisons déterminent la sévérité de l'addiction et de ses conséquences. Certains sujets ont vécu dans la réalité des expériences traumatiques, souvent humiliantes et qui ont dépassé leurs capacités d'élaboration, se trouvant alors incluses dans une crypte. Ils présentent donc : « un clivage personnel dans le Moi qui y a installé une crypte (...), à la suite d'une expériences traumatique réellement vécue, parfois avec une forte honte » (p.187). Ces expériences traumatiques peuvent être par exemple des abus sexuels subis, une participation à des jeux sexuels interdits ou la présence lors d'une catastrophe ayant eu des conséquences graves pour d'autres. Dans d'autres cas tout aussi fréquents, ce sont les ascendants qui sont porteurs de cryptes qui induisent chez le patient addicté un travail du fantôme. Il est alors soumis à toutes sortes d'éprouvés étranges et de comportements qui lui échappent. Dans le premier cas, l'addiction a pour fonction d'halluciner ce qui manque dans le moi, le contenu en négatif de la crypte. Le Poulichet¹⁴¹ rejoint cette idée quand elle donne l'image du « membre fantôme » au sujet de la consommation de stupéfiants. Dans le second cas, l'addiction intervient plus classiquement comme un sédatif :

(Elle) permet alors d'alléger la tension pulsionnelle due au travail de fantôme et d'effacer provisoirement ce que la mission symbolique

¹⁴⁰ Hachet, *Les toxicomanes et leurs secrets*. op.cit.

¹⁴¹ Le Poulichet, *Toxicomanies et psychanalyse*. op.cit.

inconsciente dictée par ce fonctionnement biscornu du psychisme a de troublant voire d'angoissant pour le sujet dans ses effets d'étrangeté. (p.188)

L'expérience de la migration : le clivage migratoire

Hors du champ de la psychanalyse, la question des rapports entre addiction et migration a suscité de nombreux travaux, essentiellement en Amérique du Nord. Ils se sont toutefois généralement cantonnés à la mesure de corrélations entre les deux phénomènes, et, sans pouvoir conclure, ont offert des données souvent interprétées idéologiquement selon les circonstances et conduisant soit à stigmatiser une fois encore les étrangers pour le mal qu'ils importent ou à l'inverse à soutenir une représentation classique de l'Occident pervertissant les « bons sauvages ». Cela ne fournit en fin de compte que peu d'informations utiles à la compréhension de l'expérience du migrant ou descendant de migrant addicté et à son soin.

Le courant transculturel de la psychanalyse et l'ethnopsychiatrie ont apporté des connaissances qui enrichissent l'abord clinique de ces patients. Les concepts utiles pour nous ici sont en continuité avec les éléments de compréhension déjà présentés. La migration en l'occurrence est à penser comme une expérience susceptible, dans certaines conditions, de déterminer des clivages internes aux sujets migrants ouvrant et refermant des cryptes et pouvant induire un travail du fantôme chez leurs descendants. L'expérience de la migration est mal connue du sens commun – et souvent perçue au travers du prisme du traitement médiatique qui en est fait – alors même qu'elle est inscrite dans le passé voire dans le présent de la plupart d'entre nous. Tobie Nathan¹⁴² est un psychologue qui a été proche de la psychanalyse et a été l'un des premiers à travailler en France sur la migration. S'appuyant sur une représentation de la culture, celle d'origine du migrant et celle du pays d'accueil, comme un système cohérent et clos, il a envisagé la migration comme un moment traumatique opérant chez le migrant une « rupture d'homéostasie ». La clôture culturelle de celui-ci serait effractée par la confrontation au système culturel du pays de destination. La psychanalyste Marie Rose Moro¹⁴³ s'appuie sur les travaux de Georges Devereux et sur ceux de l'école de Chicago pour inviter à concevoir la

¹⁴² Tobie Nathan, *L'influence qui guérit* (Paris: Odile Jacob, 1994).

¹⁴³ Marie Rose Moro, « Penser et agir en situation transculturelle: pourquoi? comment? », in *Manuel de psychiatrie transculturelle : Travail clinique, travail social*, par Marie Rose Moro, Quitterie de La Noë, et Yoram Mouchenik (Grenoble: Pensée sauvage, 2004), 9-18.

culture comme un système ouvert, mouvant, en altération permanente et sans délimitation absolue. Dans ce cadre, la migration se trouve être décrite de manière plus complexe et dynamique. Elle suscite toutes sortes de conflits et de compromis internes au sujet migrant – et doit en provoquer également dans la société d'accueil – qui aboutissent, lorsqu'ils ne connaissent pas de heurts trop importants, à un métissage culturel qui va permettre au sujet de se définir selon une identité compatible avec sa vie nouvelle et qu'il pourra transmettre à ses descendants. Mais l'issue de ce processus peut ne pas être favorable et les remaniements majeurs qu'entraîne cette expérience peuvent aboutir à des impasses. L'une de celles-ci consiste en un clivage interne au sujet migrant pouvant obérer des éléments de l'histoire migratoire, de l'histoire familiale ou des épreuves liés à la migration ou à d'autres expériences douloureuses passées. Outre le fait que ces « clivages migratoires » altèrent le métissage culturel compliquant voire empêchant la tâche du sujet de trouver un sens à son nouvel environnement de vie et de le transmettre à ses enfants et petits-enfants, ils peuvent, sous l'effet de cryptes et de travail de fantôme induire des conduites addictives chez lui-même et/ou chez ses descendants. Notons avec Hachet¹⁴⁴ que les conduites addictives sont une issue parmi d'autres de ces phénomènes de cryptes et de fantôme. L'addiction n'est donc pas la perspective unique d'une migration douloureuse. Mais nous pourrions nous demander si elle n'offre pas un jeu symbolique séduisant pour l'expression symptomatique du migrant ou de ses suivants en difficultés. Le produit d'addiction peut par exemple tenir lieu d'étranger à incorporer, mimant de manière compulsive l'introjection impossible des séparations inhérentes à la migration et l'« intégration » impossible à la société d'accueil. Mais le produit peut également parler d'autres choses, il peut être un interdit religieux, une plante cultivée là où sont restés les autres, une substance qui a fait l'objet d'un commerce colonial...

Le modèle systémique

Les approches systémiques ont été élaborées à partir des années 1960, aux États-Unis notamment. Considérant l'individu essentiellement dans ses liens avec son

¹⁴⁴ Hachet, *Les toxicomanes et leurs secrets*. op.cit.

système, en l'occurrence sa famille, ce courant a développé les thérapies familiales. Sur un plan théorique, le modèle systémique peut être considéré comme une évolution de la théorie psychanalytique avec laquelle il partage certaines conceptions (essentiellement la valeur heuristique du symptôme). Ivan Boszormenyi-Nagy¹⁴⁵ est par exemple un psychiatre proche des idées psychanalytiques qui a développé un modèle d'approche familiale. Mais ce sont les sciences de l'information et la cybernétique qui vont servir de point d'appui aux élaborations sur le système familial. Ainsi des psychologues formés aux sciences humaines comme Gregory Bateson¹⁴⁶ ou Paul Watzlawick¹⁴⁷ ont mis en place des dispositifs de thérapie familiale et réalisé des travaux de recherche au sein de l'Ecole de Palo Alto¹⁴⁸. L'idée fondamentale des approches systémiques est que la pathologie d'un individu constitue le symptôme d'un dysfonctionnement familial. Autrement dit, la pathologie de l'individu est le point douloureux de la pathologie familiale. Contrainte à composer avec ses secrets et ses traumatismes passés, la famille, en tant que système, se trouve un équilibre inconscient qui lui permet de fonctionner. Mais si cet équilibre se fait au prix d'une trop forte rigidité du système, des émergences symptomatiques apparaissent parmi la nouvelle génération. Elles servent, à l'image de la soupape, à maintenir l'homéostasie familiale. Mais parce qu'elles sont « bruyantes » et parfois inconfortables pour le système lui-même, elles risquent également de la déstabiliser. Selon les auteurs systémiciens, on observe alors d'importants efforts du système familial pour retenir l'individu dans le système et, ainsi, perpétuer son expression symptomatique. Malgré la souffrance de l'individu et la propre souffrance de la famille autour de celui-ci, les enjeux du maintien de l'homéostasie sont tels qu'ils conduisent le système à préférer endurer cette souffrance et à résister aux efforts thérapeutiques plutôt que de voir resurgir les déterminants de la pathologie familiale. Il y a donc tout un réseau de « loyautés invisibles » qui enserré le « patient désigné ». C'est ce dernier qui sera amené à

¹⁴⁵ Ivan Boszormenyi-Nagy et James L. Framo, *Intensive Family Therapy: Theoretical and Practical Aspects* (New York: Harper & Row, 1965).

¹⁴⁶ Jurgen Ruesch et Gregory Bateson, *Communication, the Social Matrix of Psychiatry* (New York: Norton, 1951).

¹⁴⁷ Paul Watzlawick, *An Anthology of Human Communication, Text and Tape* (Mountain View, CA: Science and Behavior Book, 1964).

¹⁴⁸ Paul Watzlawick et John H. Weakland, *Sur l'interaction: Travaux du Mental Research Institute Palo Alto, 1965-1974 réunis et commentés* (Paris: Seuil, 1981).

consulter, mais c'est au groupe familial que s'adressera la proposition thérapeutique.

Dans le champ des addictions, deux auteurs français ont particulièrement travaillé à l'adaptation du modèle systémique aux difficultés de leurs patients. Pour Sylvie et Pierre Angel¹⁴⁹, la traduction de la problématique des toxicomanes en termes systémiques serait donc : « L'addiction toxicomaniaque peut être vue comme le symptôme de dysfonctionnements relationnels intrafamiliaux » (p.10). Ces auteurs décrivent une évolution typique en trois temps de l'expérience familiale de la toxicomanie. Le premier temps, celui du début des consommations, est marqué par un déni familial. L'entourage est aveugle et sourd aux appels à l'aide plus ou moins délibérés de l'individu. Le second temps est celui de la crise. La famille ne peut plus ignorer le problème et réagit vivement. C'est généralement à ce moment qu'une demande de soin se fait. Enfin, le troisième temps qui accompagne les efforts de l'individu et des soignants pour se dégager de l'addiction est dominé par les résistances de la famille. Sylvie et Pierre Angel¹⁵⁰ illustrent ces résistances opposées aux thérapeutes par cette formule : « Changez-le, mais ne nous changez pas » (p.81). Ces auteurs ont observé dans leur pratique clinique que de nombreuses familles de toxicomanes fonctionnaient sur des modalités symboliques communes et constituant des « mythes familiaux »¹⁵¹. Les plus fréquents à leurs yeux sont le mythe de la famille idéale, l'enfant toxicomane étant une anomalie isolée ; le mythe de la famille marginale et transgressive, indulgente et complice voire incitatrice vis-à-vis des conduites déviantes de l'enfant ; la famille en quête de pardon pour des transgressions passée qui donne à l'enfant un statut de victime sacrificielle expiatoire ; ou encore la famille entropique où domine l'indifférenciation des membres, substituables les uns aux autres où tout processus de séparation est interdit et où l'enfant met en scène avec son intoxication la présence absente. Ils

¹⁴⁹ Sylvie Angel et Pierre Angel, *Les toxicomanes et leurs familles* (Paris: Armand Colin, 2003).

¹⁵⁰ Sylvie Angel et Pierre Angel, « Les problématiques familiales dans les addictions : le paradigme des familles d'usagers de drogues », in *Traité d'addictologie*, par Michel Reynaud (Paris: Flammarion, 2006).

¹⁵¹ Sylvie Angel et Pierre Angel, *Familles et toxicomanies. Une approche systémique* (Paris: Editions Universitaires, 1989).

dégagent ainsi des caractéristiques régulières parmi les « familles de toxicomanes »¹⁵² (p.82) :

- La découverte tardive de l'addiction par cécité familiale
- Le déni de l'enjeu mortel
- L'absence de barrières transgénérationnelles
- Les transgressions transgénérationnelles
- La fréquence d'événements traumatiques dans l'histoire de la famille
- La fréquence de problèmes de santé physique et psychique chez les parents
- Le climat incestuel
- Les pathologies associées dans la fratrie
- Les ruptures culturelles
- L'inadaptation des réponses parentales aux questions posées par le toxicomane

Dans la perspective systémique, l'objet du soin est donc de réduire l'intensité des conduites d'addiction, mais surtout de requalifier « la structure relationnelle intrafamiliale de manière que celle-ci ne génère plus de réactions médicalement ou socialement pathologique » (p.81).

Propositions thérapeutiques

Du paradigme psychodynamique émanent des propositions de soin de type psychothérapeutique. Celles-ci peuvent prendre plusieurs formes et diffèrent sensiblement selon qu'elles sont d'inspiration psychanalytique ou systémique. Mais elles ont toutes en commun d'envisager le soin de manière continue sur une période relativement longue avec comme visée un engagement du patient et/ou de sa famille dans un processus de changement profond et durable. C'est sur la relation qui se tisse entre le soignant et le patient que s'appuie le soin. Elle doit tenter de lui fournir une expérience relationnelle nouvelle, plus satisfaisante, qu'il aurait envie d'investir. Nous avons présenté des conceptions théorico-cliniques issues de

¹⁵² Angel et Angel, « Les problématiques familiales dans les addictions : le paradigme des familles d'usagers de drogues », op.cit

l'expérience de « cures-types »¹⁵³ psychanalytiques et de dispositif systémique¹⁵⁴. Dans le soin des addictions tel qu'il est pratiqué en institution, de tels cadres thérapeutiques sont exceptionnels. Le plus souvent, les soins psychothérapeutiques sont assurés par des psychologues, aidés dans certains dispositifs par d'autres professionnels comme des infirmiers ou des éducateurs. Ces psychologues ont diverses formations qui orientent leurs propositions psychothérapeutiques. Le cadre le plus classique est le face-à-face individuel. Mais ce dispositif qui repose sur la parole spontanée du patient n'est pas nécessairement le plus adapté pour des sujets dont nous avons souligné la difficulté à avoir accès à leur monde interne. Il est donc fréquent que d'autres cadres psychothérapeutiques soient imaginés : ateliers thérapeutiques à médiation artistique ou corporelle, jeu de rôle, médiations individuelles... De même, les cadres de thérapie familiale peuvent connaître des altérations pour s'adapter aux modalités de fonctionnement particulières des familles ou aux ressources contraintes des équipes.

Inscription institutionnelle

Du fait de l'histoire des structures et du temps long que nécessite un travail psychothérapeutique, les structures les plus imprégnées du paradigme psychodynamique sont les Centres de Soin, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA). Ces structures sont essentiellement dédiées aux patients qui viennent en consultations pour des soins pluridisciplinaires. Certains CSAPA sont résidentiels. Ils accueillent selon diverses modalités des usagers en hébergement. Il peut s'agir d'appartements thérapeutiques ou de foyers collectifs. Toutefois, qu'ils soient ambulatoires ou résidentiels, les CSAPA, de par leur nature et leur position dans l'offre de soin ne sont pas influencés par le seul paradigme psychodynamique. Les prescriptions et délivrances de traitements substitutifs ainsi que la RdR faisant partie de leurs missions, ils sont familiers du paradigme socio-éducatif. De la même manière, la présence de médecins étant obligatoire, le paradigme anatomo-clinique y est également influent. Les équipes de CSAPA

¹⁵³ Le cadre classique de la psychanalyse consiste en plusieurs séances hebdomadaires d'horaire et de durée fixe, sur un divan et durant plusieurs années.

¹⁵⁴ Le cadre systémique suppose un dispositif complexe associant deux psychothérapeutes et une salle spécialement équipée.

regroupent des médecins, des infirmiers, des éducateurs, des assistants sociaux, des psychologues et peuvent se compléter d'autres professionnels.

À ce stade de notre réflexion, nous avons pu exposer les trois paradigmes qui nous semblent opérants dans le champ du soin des addictions. Typiquement, chacun de ses paradigmes possède une histoire singulière qui le rattache à un riche corpus de connaissances et constitue un ensemble cohérent et persistant. Ils ont chacun conduit au développement de pratiques de soin précieuses et animent le fonctionnement des différents types de structures qui dispensent une aide aux personnes addictées dans le système de recours français. Dans ce regard apparaissent nettement les dimensions sociologique et médico-psychologique du fait social total que constitue l'addiction. Toutefois, nous serions limités dans notre capacité à rendre compte de l'expérience des soignants dans la relation de soin en addictologie si nous n'examinions pas également sa dimension morale.

3.L'addiction comme fait moral

Le champ du « moral » est ici entendu comme celui de la norme et du rapport de l'individu et du collectif à celle-ci¹⁵⁵. Comme nous l'avons vu, Marcel Mauss compte la morale parmi les « institutions » qui s'expriment dans le fait social total. Pour Emile Durkheim¹⁵⁶ cependant, le domaine moral ne peut pas être réduit à une partie du fait social. Selon lui, la morale est une catégorie *sui generis*, qui ne peut donc pas entrer dans l'ordre des catégories de description des faits sociaux.

Le caractère *sui generis* que j'ai reconnu au moral ne permet pas d'admettre qu'il puisse être déduit de ce qui n'est pas lui. Assurément les faits moraux sont en rapport avec les autres faits sociaux et il ne saurait être question de les en abstraire, mais ils forment, dans la vie sociale, une sphère distincte et les spéculations pratiques qui se rapportent à cette sphère ne peuvent être inférées que de spéculations théoriques qui se rapportent également à ce même ordre de faits. (p.186)

¹⁵⁵ Nous nous inscrivons ici dans la suite des propositions de définition de l'éthique et de la morale de Paul Ricœur. Nous y reviendrons bientôt de manière plus détaillée.

¹⁵⁶ Émile Durkheim, « Détermination du fait moral - Séance du 11 février 1906 », *Bulletin de la société française de philosophie* 6 (1906): 113-212.

Ce recouvrement entre les notions de fait social et moral rend d'autant plus nécessaire une description autonome des faits moraux. Le sociologue Patrick Pharo¹⁵⁷ a repris ces réflexions. Il souligne que dans la mesure où une action individuelle, dès lors qu'elle met en jeu d'autres individus, fait l'objet d'un jugement à l'aune de repères normatifs, ce jugement en donne une signification morale qui dépasse celle que lui attribue l'agent propre : « la détermination du fait moral dépend aussi surtout de la confrontation du sens réflexif de l'action humaine à d'éventuelles justifications ou objections externes » (p.53). Encore faut-il, pour que le fait soit moral, qu'un écart existe entre différents ensembles de normes : « le fait moral surgit dans toute son acuité de la persistance des désaccords, alors même que les virtualités normatives sur lesquelles on devrait s'accorder semblent présumées par quiconque se réfère à l'éthique » (p.53). Pharo précise encore que l'attitude du collectif face aux différents jugements possibles des faits sociaux « détermine alors quelques-unes des principales figures morales qu'on peut observer chez les sujets sociaux ordinaires » (p.56).

Selon ces éléments de définition, l'addiction constitue bien un fait moral. Elle met en confrontation le « sens réflexif » du sujet et les « justifications et objections » du discours collectif. Elle suscite la controverse et le débat social qui produisent des « figures morales ». Nous allons donc maintenant proposer quelques figures de la norme qui nous paraissent aider à la compréhension du contexte général dans lequel se situe l'action soignante. Nous verrons ensuite, au travers de l'exposé de certains « vices » classiques de l'addicté, quels jugements sont produits par les « sujets sociaux ordinaires » lorsque des écarts aux normes se produisent ainsi que la manière dont ils s'inscrivent dans l'espace social et le domaine spécialisé.

3.1. Trois figures de la norme

Dans le champ social, les figures de la norme se constituent en interaction entre l'opinion populaire, de sens commun, celle de certains mouvements sociaux ou encore de groupes institués, ce qui en est repris et diffusé par les médias puis stabilisés par les discours institutionnels et officiels. Elles servent à orienter l'action

¹⁵⁷ Patrick Pharo, *Morale et sociologie*, folio / essais (Paris: Gallimard, 2004).

collective, mais aussi à transmettre le cadre moral dans le lien interindividuel et transgénérationnel. Ces figures normatives évoluent avec le temps et subissent des remaniements constants. Elles laissent toutefois une empreinte dans la mémoire sociale comme dans la construction de l'individu. Les précédentes dialoguent avec les suivantes et déterminent les nouveaux ordres de norme. Il est donc intéressant, pour en débusquer l'influence et en reconnaître l'héritage, de fixer ces figures dans des formes stéréotypiques sans perdre de vue leur caractère dynamique.

Nous en avons choisi trois qui nous semblent particulièrement influentes dans le champ théorico-pratique des addictions. Les deux premières dans un passé-présent, la troisième dans un futur-présent.

Le citoyen patriote et travailleur : un champion de l'hygiène

Dans son ouvrage « Naissance de la clinique », Michel Foucault¹⁵⁸ décrit comment, dès la fin du 18^{ème} siècle, la médecine occidentale accompagne un mouvement sociétal et participe à la discipline et à l'efficacité des corps, forces de combat et de travail :

Dans la gestion de l'existence humaine, elle (la médecine)¹⁵⁹ prend une posture normative, qui ne l'autorise pas simplement à distribuer des conseils de vie sage, mais la fonde à régenter les rapports physiques et moraux de l'individu et de la société où il vit. (p.35)

La médecine anatomo-clinique en développement construit la norme du sujet sain dans un idéal d'équilibre physique et émotionnel :

Elle se situe dans cette zone de lisière, mais, pour l'homme moderne, souveraine, où un certain bonheur organique, lisse, sans passion et musclé, communique de plein droit avec l'ordre de la nation, la vigueur de ses armées, la fécondité de son peuple et la marche patiente de son travail. (p.35)

Cette nouvelle orientation de la médecine fournit sa base théorique et pratique au mouvement hygiéniste qui va se développer au cours du 19^{ème} siècle. Avec l'ère

¹⁵⁸ Michel Foucault, *Naissance de la clinique* (Paris: Presses universitaires de France, 2009).

¹⁵⁹ Nda

industrielle et le développement de villes, la propreté de l'air et de l'eau deviennent des préoccupations majeures. Les miasmes qui circulent ainsi sont la cause des épidémies qui affaiblissent la force de travail et répandent le vice parmi le peuple. La production de valeur et les nouvelles techniques permettent de penser et de mettre en œuvre des plans d'assainissement et d'urbanisme visant à réduire la propagation des contagions. Dans le même temps, la médecine nouvelle investissant le champ de la science objective élabore et répand une vision mécaniste de l'homme. Sa santé normale est affaire d'équilibre d'énergie, d'accumulations et de décharges, de production et de rendement sur le modèle de la machine à vapeur. Comme le décrit Gérard Seignan¹⁶⁰ : « L'hygiène, riche d'une physiologie psychologique, érige l'harmonie somato-psychique en vertu indispensable à la bonne santé physique et mentale de l'homme besogneux. » (p.117).

Le champ pathologique est alors dominé par la thématique de la dégénérescence. Cette altération des fonctions normales du corps est complexe et multifactorielle. La concentration urbaine, le rythme de la vie moderne, la promiscuité et les miasmes, mais également l'alcoolisme, la débauche et la débilité héréditaire sont des causes désignées. La dégénérescence touche aussi bien le corps que l'esprit et conduit à la déperdition des énergies dans l'excès ou la paresse.

Ici se nouent, dans la modernité hygiéniste, les enjeux sanitaires et moraux de la vie raisonnable du citoyen ainsi que les destins d'une éthique individuelle de l'entretien de soi¹⁶¹ et d'une morale publique de la nation soucieuse de développer sa force de production et de défense. L'homme du peuple, sale et neurasthénique, d'abord considéré comme une victime du développement social, devient, dès lors que la société lui procure un environnement plus sain grâce à l'urbanisme, la médecine et l'éducation, suspect et finalement coupable d'intempérance. Ce défaut moral et physique l'expose à l'opprobre publique.

¹⁶⁰ Gérard Seignan, « L'hygiène sociale au XIXe siècle : une physiologie morale », *Revue d'histoire du XIXe siècle. Société d'histoire de la révolution de 1848 et des révolutions du XIXe siècle*, n° 40 (2010): 113-30, doi:10.4000/rh19.3996.

¹⁶¹ Cet entretien de soi est à différencier du souci de soi antique : « En somme, c'est sous couvert d'une conscience morale où se mêlent principes physiologiques et prescriptions religieuses, que l'hygiène de la fin du XIXe siècle invite à développer l'habitude de l'attention à soi. Portée par l'idéologie d'une Nation forte, cette hygiène est morale parce qu'elle préserve l'avenir des sujets, leur santé et leur force » (p.123). Le souci de soi que nous présenterons dans notre dernière partie, est bien plutôt une pratique individuelle de subjectivation.

Des mesures de corrections sont mises en œuvre et les premiers messages de prévention se développent. Ainsi, « la prévention stigmatise la perversion des sens sur les lieux de travail et exhorte les ouvriers à mener une vie saine. » (p.117). Il s'agit ensuite de proposer des soins pour rétablir les déséquilibres les plus marqués. La promiscuité morale et physique étant considérée comme la source majeure de nombreux désordres, c'est naturellement vers les grands espaces et le grand air que les hommes de l'art se tournent. Ils offrent aux patients, d'abord des classes privilégiées de la société, la possibilité de passer du temps dans des lieux agréables qui favorisent un certain retrait et la contemplation du monde. Ces « cures » invitent à une activité de plaisirs bien tempérés qui apaisent le corps et les passions. « Antagoniste des turpitudes, la vie en plein air faite d'un savant dosage de douces stimulations et d'ambiance paisible, modifie les perceptions sensorielles. » (p.127). Le sport s'y développe (de même qu'à l'école, l'éducation physique) : « Les exercices du corps y sont autant de remèdes au surmenage qu'un mur dressé contre la dégénérescence » (p.122).

Dans cet effort de normalisation hygiéniste, la consommation d'alcool occupe le paysage de manière singulière. Il est d'abord considéré comme un outil de prophylaxie qui fortifie le corps et le prépare aux tâches pénibles tout en le protégeant des miasmes et du découragement : « Avec la consolante avalée d'un trait dès cinq heures du matin pour oublier un temps la fatigue, l'alcool entre comme une composante majeure dans l'économie du corps ouvrier. » (p.120). Mais dans le regard hygiéniste, tout est affaire de bonne mesure et les problèmes et accidents liés aux consommations d'alcool montrent qu'elle est difficile à trouver. L'ivrognerie est alors sévèrement dénoncée et condamnée¹⁶² : « (L'hygiéniste)¹⁶³ fustige les ouvriers buvant de la bière, du vin, de l'eau-de-vie, car ces boissons font le lit de la débauche et du libertinage, vices qui énervent le corps. » (p.115). L'alcool est duplice :

Dans un contexte où l'*alcoholisation* scelle la sociabilité du travail, tandis que l'*alcoholisme*¹⁶⁴ marque l'inquiétude de la dégénérescence, la science

¹⁶² Pensons à « L'Assommoir » d'Emile Zola.

¹⁶³ Nda

¹⁶⁴ Souligné par nous.

médicale permet d'affirmer que ce ne sont pas seulement les excès de travail qui épuisent, mais les écarts de conduite. (p.115)

Entre modération et excès, c'est ici que semble apparaître l'ambivalence sociale, toujours présente aujourd'hui, à l'égard de l'alcool. La consommation d'opiacés en revanche constitue d'emblée un péril radical comme le souligne Bergeron¹⁶⁵ : « Le prosélytisme supposé des 'morphinomanes' conduit, en effet, à percevoir cette 'pathologie' sous la forme d'une maladie épidémique hautement contagieuse qui menace la collectivité dans son ensemble. » (p.96). C'est cette métaphore infectieuse que permet d'associer le péril de la toxicomanie naissante à ceux de la syphilis ou de la tuberculose.

L'individu libre et jouisseur : un idéal romantique

Parallèlement au développement des consommations dans les milieux ouvriers, l'alcool distillé, l'opium et le cannabis intéressent également les assemblées éduquées des scientifiques et des artistes.

Dès 1822, un écrivain anglais, Thomas de Quincey fait paraître son livre : « Confessions of an English Opium Eater »¹⁶⁶. Il y décrit son expérience propre de la consommation d'opium. Il présente les plaisirs que cette substance produit puis les souffrances qui découlent de sa prise régulière et prolongée. Mais les lectures postérieures de cette œuvre, et notamment celles de Musset et de Baudelaire retiennent essentiellement les fortes impressions qui ressortent des descriptions des agréments de l'intoxication.

Il semble en effet que dans ce siècle de bouleversements socio-politiques et de développement scientifique et industriel, l'humeur soit à la mélancolie et à la nostalgie. Les observateurs de l'époque, dont Châteaubriand et Musset, parlent de « mal du siècle » pour rendre compte de cet état d'esprit de la jeunesse intellectuelle française. C'est sur ce sentiment que germe le courant français du romantisme. Ayant perdu l'élan des penseurs des Lumières, les jeunes intellectuels et artistes cherchent à s'évader du monde matérialiste et laborieux qui les entoure et

¹⁶⁵ Bergeron, *Sociologie de la drogue*. op.cit.

¹⁶⁶ Thomas De Quincey, *Confessions of an English Opium Eater (1821)*, Revised edition edition (London ; New York: Penguin Classics, 2003).

sont en quête d'une beauté et d'une vérité « ailleurs ». Dans leurs milieux créatifs, l'alcool et notamment l'absinthe, est consommé, mais également l'opium et le cannabis dont l'attrait de la puissance psychotrope est doublé par celui de leurs origines exotiques.

Un psychiatre, Jacques-Joseph Moreau dit Moreau de Tours, va apporter une forme de caution aux explorations des poètes. Grand voyageur, il expérimente méthodiquement les effets du chanvre indien (cannabis) sur lui-même et en publie en 1845 les résultats dans un livre scientifique intitulé « Du Hachisch et de l'aliénation mentale »¹⁶⁷. À la même époque il crée le Club de Haschischins et convie de nombreux artistes, poètes et intellectuels à des réunions où ils expérimentent collectivement les effets de l'opium et du cannabis sous différentes formes dans une atmosphère de mystère, d'exotisme, de raffinement et de recherche. Baudelaire, Musset, Delacroix, Daumier, Dumas, Nerval entre autres grands artistes, poètes et écrivains de l'époque fréquentent ces réunions. Alfred de Musset, membre fidèle du club des Haschischins, écrit en 1846 une nouvelle éponyme qui relate son expérience au sein du club. Cette aventure sera également utile à Charles Baudelaire dans la préparation de ses « paradis artificiels ».

Ainsi, en ce milieu de 19^{ème} siècle, les cercles artistiques, intellectuels et scientifiques conservant une certaine distance avec les bouleversements sociaux et influencés par les idées du romantisme concourent à diffuser une image plaisante des états modifiés de conscience qui permettent à la fois une nouvelle sociabilité et un accroissement des capacités imaginatives et créatrices. Même s'il y a un prix à payer qui n'est pas caché par les « Haschischins », c'est l'image d'un nouveau monde d'expériences lénifiantes et fascinantes qui est suggéré et qui restera pour de nombreuses générations de jeunes en état de « spleen » un horizon d'apaisement séduisant.

Ce romantisme des stupéfiants conservera son influence au cours de la fin du 19^{ème} et du début du 20^{ème} siècle. Une même quête mêlant curiosité scientifique et recherche esthétique et intellectuelle se retrouve dans les travaux de Sigmund Freud sur la cocaïne et de Walter Benjamin sur le cannabis, ainsi que chez les artistes et écrivains bohèmes de Montmartre puis Montparnasse.

¹⁶⁷ Jacques Joseph Moreau, *Du hachisch et de l'aliénation mentale: études psychologiques* (Paris: Fortin, Masson et Cie, 1845).

On retrouve cet élan après la seconde guerre mondiale, chez Henri Michaux par exemple lorsqu'il expérimente, sous contrôle médical, les effets de la mescaline sur ses capacités créatrices. Mais il faut évidemment penser au mouvement contestataire des années 1960 à 1980 qui est parti des États-Unis pour s'étendre ensuite à l'ensemble du monde occidental et qui a promu la consommation de psychotropes, et d'hallucinogènes en particulier, comme un outil de libération face aux multiples aliénations sociales et comme un moyen de développer une nouvelle forme de lien social compatible avec la libération sexuelle, l'idéal pacifiste et l'éveil personnel. Timothy Leary, à la fois écrivain et scientifique qui a expérimenté sur lui-même et ses étudiants le LSD et d'autres hallucinogènes, est une figure marquante de cette époque.

Bien que cette figure normative n'ait pas été portée par la puissance d'un discours officiel comme ce fut le cas de la figure hygiéniste, elle a marqué fortement les représentations collectives des produits psychotropes. Par rapport à elle se sont également dessinées des trajectoires déviantes. Se situant dans une position de marginalité quelque peu élitiste, la figure romantique critique le sujet qui accepte la morosité et la médiocrité de sa vie. Celui que n'a pas le courage de transgresser certaines règles établies, de désobéir, pour accéder à un niveau supérieur de conscience qui seul permettrait d'établir de nouvelles modalités d'être ensemble, plus juste, pacifiée et joyeuse, est jugé sans intérêt voire complice de son aliénation.

Le sujet hypermoderne : individu « moderne-liquide » ou « incertain » ?

Les auteurs de la postmodernité ou de l'hypermodernité soulignent la mutation sociale, le changement voire la rupture par rapport à un état social ancien et ainsi tendent à masquer la persistance de modèles normatifs préexistants. Le sujet hypermoderne est héritier des figures normatives qui l'ont précédé. Et comme tout héritier, il est dans un rapport de réaction, de tentative de réinvention tout en étant à son insu dans un mouvement de continuation et de reproduction.

Zygmunt Bauman¹⁶⁸ définit la notion de « modernité liquide » à partir de l'idée d'une « modernité solide », issue des Lumières et qui a été notre paradigme social depuis la chute des anciens régimes en Europe. Son approche de la modernité vaut pour l'ensemble des sociétés occidentales, mais son modèle est la France post révolutionnaire. Cette modernité solide est caractérisée par des institutions et des liens sociaux stables dans le temps et l'espace. Cette stabilité préside à la répartition du pouvoir et des libertés au sein de la société. Elle concerne l'ensemble des couches sociales et des pouvoirs institués, politique, éducatif, sanitaire, judiciaire... Bauman rappelle que cette stabilité s'accompagne d'une rigidité importante et qu'elle tend à reproduire les injustices sociales comme le montre volontiers une sociologie post foucaldienne. Toutefois, Bauman s'intéresse moins aux conséquences problématiques de la modernité qu'à sa philosophie première, à son horizon idéal. Pour cet auteur, la devise de la Révolution Française constitue un manifeste de la modernité et permet, par contraste, de définir les maximes de la modernité liquide. Ainsi, la liberté des Lumières est une revendication, un acte d'émancipation face à un ancien ordre de servitude physique et spirituelle. Mais ce rejet de l'hétéronomie qui restitue à l'individu une grande part de liberté n'est pas sans coût :

En moins d'un siècle, le progrès continu vers la liberté individuelle d'expression et de choix a atteint le point où le prix de ce progrès, *la perte de sécurité*¹⁶⁹, commence à être perçu par un nombre croissant d'individus libérés (ou forcés à l'émancipation) comme exorbitant – intolérable et inacceptable. (p.135)

La valeur de *sécurité* tend ainsi à entrer en concurrence avec celle de *liberté* et, selon Bauman, à progressivement la remplacer. L'Homme moderne-liquide lui semble ainsi prêt à renoncer à une part de sa liberté chèrement gagnée. Corrélativement, il semble qu'il soit également prêt à accepter comme une fatalité une certaine dose d'inégalités au sein de la société. Pour notre auteur et dans cette même idée de déplacement des valeurs, la notion de *parité* se substitue manifestement à l'idéal d'*égalité*. Là où l'égalité visait un nivellement par le haut

¹⁶⁸ Zygmunt Bauman, *L'éthique a-t-elle une chance dans un monde de consommateurs ?*, Climats (Paris: Flammarion, 2009).

¹⁶⁹ Souligné par nous

des engagements des individus dans la vie sociale et de la répartition de ces bénéfices, la parité¹⁷⁰ semble se contenter d'une reconnaissance égale au sein d'une vie collective inégalitaire : « La 'parité' n'est en aucun cas l' 'égalité' ; ou plutôt, elle est une égalité réduite au droit à la reconnaissance, au droit à la solitude et au droit d'être abandonné. » (p.137)

Enfin, Bauman soutient que l'idéal de *fraternité* évolue vers l'idée de *réseau*. La fraternité qui évoque les liens du sang, situe le citoyen par rapport à ses pairs dans un tissage transgénérationnel et l'inscrit dans une logique de filiation. L'interdépendance entre individus-citoyens est essentielle. À l'opposé, les réseaux qui apparaissent dans la modernité liquide sont sans Histoire, sans passé. Ils donnent l'illusion d'un tissage de liens mais ne sont que des juxtapositions de maillages relationnels lâches dont chaque individu constitue séparément le centre de gravité : « Chaque individu est présumé porteur, sur lui, de son propre réseau. » (p.138). De plus ces réseaux ne sont pas inscrits dans le temps. Ils n'ont de durée que celle que l'agent leur accorde. « (Les réseaux)¹⁷¹ naissent en cours d'action et ne sont maintenus en vie (ou plutôt recréés/ressuscités de façon continue et répétitive) que grâce aux actes de communication successifs. » (p.138)

La nouvelle formulation de l'horizon idéal de la société moderne-liquide serait donc Sécurité, Parité et Réseaux. Pour Bauman, cette devise est celle d'individus résignés, hors-temps et reliés par des liens cassables :

Les relations fixées et soutenues par une connectivité de type « réseau » se rapprochent de l'idéal d'une « relation pure » : une relation fondée sur des liens solubles basés sur un seul facteur, à durée indéterminée¹⁷², sans conditions, sans engagements à long terme. (p.138)

Dans « L'individu incertain », Alain Ehrenberg (1999)¹⁷³ reprend les différents mouvements sociétaux qui, au cours des 19^{ème} et 20^{ème} siècles, accompagnent l'ascension de la place de l'individu dans la société. Dans le même mouvement que

¹⁷⁰ La parité correspond dans l'approche de Bauman à l'ensemble des discours revendiquant une horizontalité et une équivalence dans l'espace social. La question de la parité homme-femme en est l'emblème mais pas le seul lieu problématique.

¹⁷¹ Nda

¹⁷² L'expression ne fait évidemment pas référence à la notion de contrat à durée indéterminée du droit du travail français qui est au contraire synonyme, dans notre espace social, de sécurité contractuelle et d'engagement à long terme. Elle signifie plutôt l'absence de projection de la relation dans l'avenir.

¹⁷³ Alain Ehrenberg, *L'Individu incertain* (Paris: Hachette Littérature, 1999).

Bauman, il relève que la solitude de l'individu contraint de se définir lui-même et la confusion qui s'opère entre espace public et espace privé sont des caractéristiques de cette nouvelle société des individus. Toutefois il s'érige contre les discours qui font du renforcement de l'individualisme une négation du lien social. Pour ce sociologue, ces théories, qui font de l'extension de la sphère privée l'élimination de l'espace public collectif et partagé, empêchent de penser l'individualisme comme un lieu d'ancrage d'une nouvelle sociabilité. « Si l'on veut comprendre l'expérience contemporaine de l'individu, *il faut le penser comme une relation et non comme une substance*. Il est placé à l'articulation entre souci pour soi et pour autrui » (p.311-312).

L'avènement de l'individualisme ne fait donc pas rupture avec un ordre social stable et partagé hérité de la tradition mais exige une définition des pouvoirs et des limites de l'individu faute de quoi ce dernier se trouve empêtré dans son rapport à lui-même, seul et souffrant. Ehrenberg revient aux « 30 glorieuses » et décrit le contexte économique et social dans lequel s'établissent « les jouissances du présent » (p.15) que sont le confort domestique et la consommation de masse. Dans cette période de santé économique et de croissance importante, les citoyens se détournent de la réflexion sur leur dessein commun.

Par malheur, le bien-être avait un prix politique : l'aliénation. La consommation détournait les classes populaires de leurs véritables intérêts politiques au profit de la satisfaction immédiate de plaisirs illusoires et de besoins artificiels, tandis que les classes moyennes se livraient à la comédie du standing. (p.15).

Le ralentissement économique des années 1980 a entraîné un remaniement de cet hédonisme collectif avec la promotion de figures individuelles de réussite. C'est l'entreprise individuelle qui est alors valorisée dans la personne du *self-made man*. « Son épanouissement, (l'individu) *n'*allait le devoir *qu'*à lui-même » (p.15). Libéré des déterminismes sociaux, l'individu nouveau a la possibilité (et la contrainte) de saisir ses chances de mobilité sociale et de construire sa réussite. Il est un battant, un conquérant. C'est lui que représentait bon an mal an jusqu'à la crise de 2008 le personnage du *trader*.

Pourtant dès les années 1990, la montée du chômage et la réapparition des inégalités sociales sont venues assombrir cette mythologie collective de la réussite

individuelle à la portée de tous. La marche du monde laisse de côté un nombre croissant de personnes issues de milieux socialement vulnérables mais aussi de ceux qui étaient jusqu'alors des cadres à succès.

L'apologie des gagnants, du narcissisme de masse et du cocooning bienheureux, qui s'est diffusé sur le déclin des formes politiques de la société de classes, s'est brutalement éteinte, et nous sommes entrés dans une conjoncture plus sombre, de laquelle s'élève une longue plainte : *l'individu souffrant* semble avoir supplanté *l'individu conquérant*. Pourtant l'un ne succède pas à l'autre, ils sont *deux facettes du gouvernement de soi*, suscitées par les styles de relations sociales et les modèles d'action aujourd'hui dominants. (p.18).

C'est ici qu'apparaît l'individu incertain confronté seul aux contradictions de sa nature (sociale) : conquête et souffrance, liberté et dépendance, élan vers soi et élan vers l'autre. « Il est l'expression d'une tension entre un mouvement d'émancipation à l'égard de toute transcendance s'imposant a priori et de conflit avec un ordre (ou un désordre) qui se trouve à l'intérieur de nous. » (p.22).

Pour Ehrenberg, le lieu de la difficulté de l'individu incertain est celui de sa distance à lui-même. Il est sommé par le corps social, et n'a d'autre choix, que de réduire cette distance à soi, de développer et de cultiver son rapport à soi. Mais simultanément, il doit maintenir cet espace ouvert pour préserver son rapport avec les autres. C'est cette sorte d'injonction paradoxale qui est à la source de la crise de subjectivité que décrit Ehrenberg. Ce qu'il appelle la *drogue* est alors à la fois le révélateur et une solution cherchée à cet état critique. Cette *drogue* peut être une drogue illicite, un alcool, un médicament ou un comportement dès lors qu'il permet à l'individu d'opérer artificiellement une réduction de la distance à soi. Il va alors rentrer dans la liste des techniques d'amélioration de soi (on peut penser au dopage et aux pratiques d'*enhaancement*) et simultanément mettre en exergue « les limites du droit à disposer de soi au-delà desquelles on ne fait plus société » (p.24).

De nombreux autres auteurs pourraient être ici convoqués pour dessiner l'espace social hypermoderne et souligner le système de norme qui y émerge. Toutefois le rapprochement des idées de Bauman et d'Ehrenberg nous semble propre à en présenter une image intéressante. Bauman est engagé dans une prospective dans

laquelle il voit les liens de toutes natures se liquéfier sous l'effet d'une mutation sociale qui emporte dans son flot toute subjectivité. Ehrenberg de son côté semble porter son regard moins loin et laissant au sujet une marge d'existence et de manœuvre dans un environnement d'incertitude, donc toujours ouvert aux altérations. Mais pour nos deux auteurs, la figure normative du sujet hypermoderne qui se dessine est celle d'un individu *libre-non-libre*. À ce titre, et Ehrenberg a été l'un des premiers à le souligner, il présente une parenté nette avec l'addicté. Cette proximité a incité certains auteurs à s'interroger sur les potentialités « addictogènes » de la société postmoderne.

Le terme de société addictogène (*addictive society* en anglais) semble être apparu dans la littérature spécialisée anglophone à la fin des années 1980¹⁷⁴. Il s'agissait pour les auteurs, souvent sensibilisés aux théories sociologiques, de souligner le rôle des évolutions sociales dans un comportement encore largement perçu comme une pathologie individuelle de la volonté. Le psychiatre Alain Morel¹⁷⁵ note par exemple :

Comment, justement, ne pas souligner cette évidence que la notion même d'addiction est une construction de la modernité et que leurs développements, de l'une comme de l'autre, sont inséparables ? Il ne m'est pas permis d'approfondir ici les raisons pour lesquelles on peut qualifier la société dans laquelle nous vivons d'addictogène. Pourtant, elle l'est bien. Du fait de ce qu'elle exige des individus, de ce qu'elle distord les liens et les attachements interhumains, du fait de ce qu'elle sur-stimule et engage chacun dans une temporalité nouvelle où la vitesse et l'immédiateté influent sur nos désirs et nos rapports de consommation avec les objets de satisfaction, du fait des grandes difficultés collectives que cette société génère pour réguler certains comportements (les consommations de substances chimiques, mais aussi l'alimentation, l'agressivité, l'argent, etc.).

(p.34)

¹⁷⁴ Anne Wilson Schaef semble être la première à employer ce terme dans son ouvrage : Anne Wilson Schaef, *When Society Becomes an Addict*, Reprint (San Francisco CA: HarperOne, 1988).

¹⁷⁵ Alain Morel, « Place des psychothérapies dans l'accompagnement thérapeutique en addictologie. Théorie et pratique », *Psychotropes* Vol. 16, n° 2 (2010): 31-48, doi:10.3917/psyt.162.0031.

Jean-Pierre Couteron¹⁷⁶, psychologue et président de la Fédération Addiction¹⁷⁷ dégage quatre axes de la société addictogène :

- Le premier est constitué par « un estompage des contenant collectifs, du cadre d'appartenance, des mutations du lien social » (p.12). Les théoriciens de la modernité montrent en effet cette fragilisation des cadres traditionnels qui assignaient au sujet sa place et le contexte de son action. Selon Couteron, cela a pour effet d'amoindrir les ressources que le sujet peut mobiliser pour contrôler un comportement d'usage source de plaisir.
- Le second est lié au caractère hyper-stimulant de notre environnement moderne. La production massive de biens et la promotion des comportements de consommation (autour du concept de « jetabilité ») provoquent l'expérience d'une particulière intensité émotionnelle chez l'individu. Cette saturation s'accompagne d'une accélération du temps et d'un raccourcissement des distances qui donne le sentiment de pouvoir accéder à la satisfaction immédiate.
- Le troisième axe est la possibilité offerte par les développements de la neuropharmacologie et des prothèses technologiques de dépasser ses propres capacités individuelles. Le sentiment de fatigue et d'impuissance détaillé par Ehrenberg (2000)¹⁷⁸ peut être dépassé par ces nouvelles techniques de soi.
- Le quatrième axe plus classique correspond aux effets de reproduction de classe au sein de la société. Celle-ci organise l'immobilité sociale en renforçant les liens existants entre vulnérabilité psycho-sociale et conduites addictives indépendamment mais en surplus des effets des trois axes précédents.

¹⁷⁶ Jean-Pierre Couteron, « Société et addiction », *Le sociographe* 39, n° 3 (2012): 10-16, doi:10.3917/graph.039.0010.

¹⁷⁷ Société savante regroupant depuis 2010 deux associations importantes (ANITEA et F3A) de structures d'aide dans les champs de la toxicomanie et de l'alcoolisme.

¹⁷⁸ Alain Ehrenberg, *La Fatigue d'être soi. Dépression et société* (Odile Jacob, 2000).

Dans son rapport au social, chacune de ces figures porte un idéal de tempérance : l'hygiène de vie dans l'abstinence pour l'hygiéniste, l'exploration des passions humaines comme voyage vers le divin pour le romantique et l'obéissance paradoxale à l'injonction à la libération pour l'hypermoderne. L'échec ou la déviance par rapport à ces corps de norme, et en l'occurrence ceux qui sont associés aux consommations addictives, produisent des jugements collectifs.

3.2. Les « vices » de l'addicté

La psychanalyste Odile Lesourne¹⁷⁹ nous rappelle quelques reproches classiques adressés aux personnes qui s'adonnent aux consommations toxiques.

Ne pas préserver sa santé, dépenser l'argent de façon inutile, pas même pour un plaisir partagé, vivre dans l'instant et oublier le futur, négliger le mal que l'on fait à ceux qui vous aiment en se détruisant ou en les oubliant, en les mettant à l'écart, etc., *last but not least* se détruire. (p.12)

La jouissance et la violence

Dans ce monde de représentations, le toxicomane et l'alcoolique « vivent sans entraves ». Ils brisent les liens qui les relient à leur corps, à la société, au temps, aux autres, à la vie. Ici se dessine une figure au statut intermédiaire entre l'humain et le divin et simultanément entre l'humain et le bestial. Cette figure est repoussante pour le commun des mortels. Attirante aussi... peut-être vivement repoussant parce que particulièrement attirante. Comment ne pas être fasciné et envieux face à tant de jouissance présente ? Même si elle ne doit durer que quelques instants, cette félicité du « high » ressemble tellement à celle qui fait continuellement défaut aux gens « normaux ». Songeons par exemple à cette description classique du « flash » comme l'orgasme absolu « plus fort et plus long que ce que vous pouvez imaginer ». Cette jouissance d'initié fait rêver, et l'héroïnoman le sait bien qui la raconte si volontiers à ses proches et aux soignants. Dans le fantasme de celui qui écoute, un goût de la fusion initiale, du mystère des origines se réveille. Mais il se

¹⁷⁹ Lesourne, *La genèse des addictions*. op.cit.

rappelle bien vite à ses devoirs d'homme adulte, de « bon père de famille » et de citoyen honorable. Il est alors en colère contre celui qui lui a rappelé ainsi son propre goût pour la jouissance. Alors qu'il pourrait reconnaître un frère dans l'addicté qui selon les mots de Jacques Derrida¹⁸⁰ peut « rêver aussi d'émancipation et de restauration d'un 'moi' ou d'un corps propre, voire d'un sujet enfin repris aux puissances aliénantes » (p.206), il lui assigne, au mépris de toute singularité, le rôle de porte-étendard et d'avant-garde d'une troupe d'êtres mi-hommes, mi-anges/démons. Cette ouverture menaçante vers l'invisible, le non-humain, se retrouve dans l'expression du psychanalyste Ernst Simmel¹⁸¹, devenue fameuse et populaire : « le Surmoi alcoolique est soluble dans l'alcool », qui sortie du contexte théorico-clinique dans lesquels elle a été écrite ne fait que servir les justifications circulaires des vices de l'addiction.

Dans la tradition morale occidentale, fortement influencée notamment par la pensée kantienne, l'individu qui s'affranchit des lois, celles des hommes, du temps, de la Nature ou de Dieu porte atteinte à sa propre humanité et par extension à l'humain en général. Le toxicomane et l'alcoolique enfreignent les lois écrites et tacites, s'offrent la jouissance de l'instant qui étire le temps puis l'accélère, partent dans des « trips » hors-temps, attaquent leur corps et lui donnent des capacités surhumaines, raccourcissent la distance qui les séparent du divin¹⁸². Ainsi, ils apparaissent aux yeux de leurs contemporains comme une catégorie d'hommes ayant laissé en eux le bestial prendre le dessus sur la raison. Leurs pulsions sont débridées et ils s'adonnent à la violence et à la débauche. Ces Êtres « sans foi ni loi » peuvent alors prendre des figures effrayantes de guerriers barbares armés de seringues et de bouteilles vides semant la mort et le viol avec d'autant plus de facilité et de cruauté qu'ils sont possédés par un principe magique. Mais leur violence surnaturelle peut également être plus sournoise et insidieuse comme celle des morts-vivants. Discrets et contagieux, ils répandent le vice et la maladie en contaminant les plus faibles.

¹⁸⁰ Jacques Derrida, « Réthorique de la drogue », in *L'esprit des drogues. La dépendance hors la loi?*, par Jean-Michel Hervieux (Paris: Autrement, 1989), 197-214.

¹⁸¹ Ernst Simmel, « Psychoanalytic Treatment in a Sanatorium », *International Journal of Psychoanalysis* 10 (1929): 83-86.

¹⁸² Voir par exemple : Ali Magoudi, « Temps de la loi et lois du temps », in *Toxicomanies et pratiques sociales*, par Abdesslem Yahyaoui (Grenoble: La pensée sauvage, 1992), 11-22.

Mais l'addicté comme objet de jugement moral a plusieurs visages. En contrepoint de celui de la toute-puissance jouissante et ravageuse que nous venons d'évoquer se trouve celui de l'impuissance, de la dépendance et de la faiblesse de la volonté.

La dépendance et la faiblesse de la volonté

C'est une tautologie d'écrire que le sujet addicté est dépendant. La dépendance est devenue l'objet de la science médicale contemporaine et est l'un des piliers du mouvement addictologique en cours de structuration. Mais Jacques Quintin¹⁸³ nous rappelle que « nous ne pouvons pas séparer complètement science et morale ni même délimiter clairement la frontière entre elles » (p.17). Et de fait, la dépendance est l'objet d'un regard moral spécifique. Sans même parler de celle des addicts, la dépendance du grand âge ou du handicap fait l'objet d'un traitement collectif et individuel très différencié. En effet, dans le discours social, la dépendance doit entraîner une solidarité. La vulnérabilité propre des personnes dépendantes doit provoquer une attention particulière et l'espace social doit être aménagé pour limiter les conséquences de la dépendance voire pour supprimer certaines de ses causes. La réponse collective oscille ainsi de manière très ambivalente entre « prise en charge », « accompagnement » de la dépendance et incitation voire injonction à la reprise d'indépendance par la « rééducation », la « réinsertion » ou la « remédiation ». Ici réémerge l'idéal hypermoderne de l'autonomie. Le sujet hypermoderne laisse volontiers la solidarité à la responsabilité sociale. Il semble bien moins ambivalent face au problème que lui pose la dépendance. Elle a quelque chose de scandaleux pour lui qui rêve de profiter de sa liberté et de son autonomie enfin gagnée. Malgré sa gémellité avec le sujet addicté (faute du partage de leur dépendance fondamentale d'humain mais aussi de leurs tentatives semblables de s'arracher à elle tout en s'aliénant), il en fait son contre-modèle absolu : peu soucieux de son corps et de son apparence, négligeant de ses liens (virtuels) sociaux, incapable de vivre sans produit d'appoint, sans parents, sans « assistance » sociale.

¹⁸³ Jacques Quintin, *Ethique et toxicomanie - Les conduites addictives au cœur de la condition humaine* (Montréal: Liber, 2013).

Mais il s'agit là d'une expression nouvelle d'une problématique très ancienne, celle du traitement du défaut de rationalité de l'humain. Cette thématique de l'*akrasia*, devenue celle de la faiblesse de la volonté¹⁸⁴ a occupé la pensée occidentale depuis ses origines. Quintin en dresse un large panorama partant d'Homère jusqu'aux travaux de la philosophie analytique. Pour les Grecs, l'*akrasia* est un défaut de rationalité. Il se formule dans la bouche de Socrate¹⁸⁵ : « vous avez beau connaître que ces choses sont mauvaises, vous les faites quand même » (353c) et dans les écrits d'Aristote¹⁸⁶ : « Au lieu de prendre ce qui leur semble bon pour eux, (les incontinents)¹⁸⁷ préfèrent ce qui leur est agréable bien que nuisible » (1166b9). Erreur ou faiblesse de jugement rationnel, l'*akrasia* abouti toujours à un débordement nocif et condamnable par les passions. En 2007, Jon Elster¹⁸⁸ le résume sous la forme d'un syllogisme.

1. L'agent a des raisons de faire X.
2. L'agent a des raisons de faire Y.
3. Dans le jugement de l'agent, les raisons de faire X sont plus fortes que les raisons de faire Y.
4. L'agent fait Y.

Cette problématique semble donc être demeurée relativement stable au fil de l'histoire des idées, Thomas d'Aquin ajoutant des nuances dans l'imputabilité de la faute morale au sujet, Baruch Spinoza renvoyant l'*akarsia* à des causes extérieures, Hegel au contraire la réintégrant et les philosophe analytiques introduisant la notion de distorsion cognitive liée à l'appréciation de la temporalité. Cette histoire est celle d'une tentative jamais complètement aboutie d'intégrer dans la pensée la faille propre à l'humain. Toujours est-il que le regard moral balance périodiquement entre condamnation et indulgence. La faiblesse de la volonté perçue chez l'addicté (et que l'addicté perçoit, comme le montre très bien Patrick Pharo¹⁸⁹) est ainsi parfois

¹⁸⁴ Et qui se prolonge aujourd'hui dans les travaux sur la *self-deception*.

¹⁸⁵ Platon, *Protagoras* (Paris: Flammarion, 1997).

¹⁸⁶ Aristote, *Ethique à Nicomaque* (Paris: Vrin, 1994).

¹⁸⁷ Nda

¹⁸⁸ Jon Elster, *Agir contre soi : La faiblesse de volonté* (Paris: Odile Jacob, 2007).

¹⁸⁹ Patrick Pharo, *Philosophie pratique de la drogue* (Paris: Cerf, 2011).

jugée comme une insulte à la « majorité » gagnée par les sujets modernes et hypermodernes et parfois regardée avec compréhension comme la conséquence d'influences extérieures dans la personne ne saurait être comptable.

Mais entre toute-puissance et impuissance se situe tout un domaine de « ruses » que le sujet addicté est réputé maîtriser.

Le mensonge et la manipulation

Le stéréotype de sens commun du toxicomane et de l'alcoolique est chargé de ces préoccupations : l'individu nous ment-il ? Nous cache-t-il la vérité ? Nous dit-il qui il est, ce qu'il fait, ce qu'il consomme ? Cherche-t-il à nous « embrouiller », à nous « dépouiller » de quelque chose qui nous est précieux et qu'il obtiendrait indument par la ruse ou la persuasion manipulatoire ? On ne sait pas à quoi s'en tenir avec le discours du toxicomane et de l'alcoolique. Dans un travail précédent, nous avons examiné cette question et montré comment elle infiltrait l'espace du soin¹⁹⁰. Le mensonge n'est pas simplement dire le faux. C'est l'intentionnalité du locuteur qui distingue cette parole de la simple erreur. Mais dire faux volontairement implique de connaître le vrai. C'est cette capacité qui est vue par Platon¹⁹¹ comme un net avantage. Comme le souligne Sandra Laugier¹⁹², Socrate en affirmant que « le même ment et dit vrai » ne dit pas seulement que le menteur est instruit, « mais qu'il a besoin de la vérité et se fonde sur elle, ou plus précisément sur la supériorité du vrai ». C'est ainsi qu'Ulysse mentant en connaissant le vrai se trouve présenté comme supérieur à Achille. Ce dernier est pourtant un homme vrai mais qui par ignorance dit faux alors qu'Ulysse, par son savoir, maîtrise l'usage du vrai et du faux. Cette qualité identifie le menteur au savant. Il maîtrise le langage et, tel un alchimiste, joue avec en transgressant ses règles et peut ainsi tromper l'autre. Mais cette maîtrise est illusoire et le menteur toujours finalement confondu par la vérité. Ainsi, le paradoxe du menteur (« je mens »), qui lui donne l'illusion d'un pouvoir sur le langage en le rendant circulaire, se trouve privé de son pouvoir de

¹⁹⁰ Aymeric Reyre, « Le doute sur la parole du toxicomane : comment soigner malgré tout ? » (Mémoire de M2R, Université Paris 11, 2009).

¹⁹¹ Platon, *Hippias mineur, hippias majeur* (Paris: Flammarion, 2005).

¹⁹² Sandra Laugier, « Mensonge », *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale* (Paris: Presses Universitaires de France - PUF, 2004).

fascination. Le menteur ne met en déséquilibre ni la vérité ni la raison, mais seulement la crédibilité du discours. Il semble pourtant que ce ne soit pas tant cette jouissance dans l'attaque du sens et de la raison que recherche le toxicodépendant menteur mais plutôt une forme de protection vis-à-vis du regard inquisiteur des autres. C'est en tout cas le point de vue des sociologues qui ont étudié ce phénomène dans les relations entre patients et soignants. Des auteurs comme Sylvie Fainzang¹⁹³, Ana Ning¹⁹⁴ ou Els Van Dongen¹⁹⁵ soulignent les phénomènes de reproduction des structures sociales au sein des relations interindividuelle et plus particulièrement de la relation de soin. Le mensonge, utilisé universellement et non seulement par les patients, constitue ici une stratégie de survie dans un contexte défavorable, une « arme du faible ». Pour ce qui concerne le toxicomane et l'alcoolique, cela leur permettrait d'obtenir des aides, des services, une qualité de soin et d'attention dont ils seraient, sans l'appoint du mensonge, privés par le jeu des dominations sociales et des jugements de valeur. Mais ces idées restent « spécialisées » et force est de constater qu'elles imprègnent peu le discours de sens commun. Le mensonge conserve pour ce dernier une valeur absolue uniquement tempérée par la distinction de bons et de mauvais mensonges. Il semble en cela suivre l'opinion d'Augustin¹⁹⁶ puis la fameuse controverse dont ce dernier est à l'origine entre Emmanuel Kant¹⁹⁷ et Benjamin Constant¹⁹⁸. Cette discussion intemporelle à trois se noue autour de la fiction élaborée par Augustin : un ami poursuivi se réfugié chez vous ; son persécuteur se présente à votre porte et vous demande si vous savez où votre ami se trouve. La question et la controverse porte sur la réponse à donner au persécuteur. Augustin et Kant, avec des visées légèrement différentes affirmeront le caractère absolument inacceptable du mensonge. Parce que, mauvais calcul, il préserve le corps mais corrompt l'âme pour l'un. Parce qu'il sape les bases de la vie collective et qu'il dégrade son

¹⁹³ Sylvie Fainzang, *La relation médecins-malades : information et mensonge* (Paris: Presses Universitaires de France - PUF, 2006).

¹⁹⁴ Ana M. Ning, « Games of Truth: Rethinking Conformity and Resistance in Narratives of Heroin Recovery », *Medical Anthropology* 24, n° 4 (2005): 349-82, doi:10.1080/01459740500334649.

¹⁹⁵ Els Van Dongen, « Theatres of the lie: "crazy" deception and lying as drama », *Anthropology & Medicine* 9, n° 2 (2002): 135-51, doi:10.1080/1364847022000029714.

¹⁹⁶ Augustin, *Problèmes moraux* (Paris: Desclée de Brouwer, 1948).

¹⁹⁷ Emmanuel Kant, *Théorie et pratique. Sur un prétendu droit de mentir par humanité* (Paris: Vrin, 2000).

¹⁹⁸ Benjamin Constant, « Des réactions politiques », in *Benjamin Constant - Ecrits politiques*, par Marcel Gauchet (Paris: Gallimard, 1997).

humanité pour l'autre. Constant de son côté, éprouvé par le totalitarisme de la Terreur, défendra la légitimité du mensonge lorsqu'il permet d'échapper à l'emprise de la domination. Cette balance entre positions déontologiques et conséquentialistes pénètre bien le sens commun, mais celui-ci refuse au toxicodépendant le droit au mensonge légitime et même au bénéfice du doute. Le mensonge addicté est de valeur absolue et constitue une transgression majeure des lois qui nous unissent. Ce mensonge, cette manipulation mettent en péril notre être-ensemble, mais également notre être-propre. Ils sont nécessairement *malins* et nous inquiètent radicalement.

3.3. L'ubiquité des représentations morales

À l'issu de cet exposé des figures normatives et de leurs repoussoirs, condensés des vices de l'addiction, nous pouvons examiner leur influence sur les discours publics et spécialisés.

Dans le discours public

À la fin des années 1970 et dans les années 1980, le stéréotype relatif au toxicomane était particulièrement négatif. Ainsi Murard¹⁹⁹ évoque-t-il la « figure familière, famélique, épiant les autres, prête à voler sinon à tuer, qui hante aujourd'hui chaque foyer, chaque école, cachant sa drogue, prête à être utilisée, prête à être vendue, à répandre le mal » (p.35). L'apparition du SIDA a fait naître de nouvelles craintes et des légendes urbaines se sont développées, mettant en scène des toxicomanes rançonnant des passants en les menaçant d'une seringue souillée ou enfouissant ces seringues, pointe en l'air, dans les lieux publics.

Il semble cependant que les opinions plus récentes soient davantage nuancées. En Angleterre, Furnham et Thomson²⁰⁰ révèlent des positions du grand public assez

¹⁹⁹ Numa Murard, « Écoutes savantes », in *Drogues : passions muettes*, par Alain Jaubert et Numa Murard (Paris: Recherches, 1979).

²⁰⁰ Adrian Furnham et Louise Thomson, « Lay Theories of Heroin Addiction », *Social Science & Medicine* 43, n° 1 (1996): 29-40.

contrastées. Cependant les résultats d'ensemble montrent que la représentation commune du toxicomane lui demeure largement défavorable. Ainsi, parmi les assertions qui remportent un maximum d'accord, on trouve : « les héroïnomanes ont tendance à *manipuler* les autres pour leur propre bénéfice », « les héroïnomanes peuvent être *agressifs et odieux* », « les héroïnomanes sont très *antisociaux* » ou encore « les héroïnomanes *se moquent des effets* de leur comportement *sur les autres et la société* ». L'opinion générale étant aussi questionnée sur les causes qui lui paraissent les plus pertinentes pour expliquer l'émergence de la toxicomanie chez un sujet donné, plusieurs raisons morales apparaissent. On retrouve ainsi des propositions qui emportent un certain assentiment comme : « ils ont un manque de repères sociaux et moraux » et « ce sont des gens immatures et complaisants avec eux-mêmes ». On voit que même si l'affirmation « les héroïnomanes n'ont aucune morale » ne recueille pas une majorité d'accords, le stéréotype qui se dégage de cette étude est fortement marqué par la désapprobation morale.

En 2002 puis en 2008, l'Enquête sur les Représentations, Opinions et Perceptions sur les Psychotropes en France (EROPP)^{201,202} montre des avis partagés mais qui évoluent plutôt péjorativement avec le temps : 20% des enquêtés affirment une discrimination ouverte à l'égard des toxicomanes, 25% les considèrent comme des malades dangereux, 20% ont une position nuancée ou indécise et 30% refusent toute stigmatisation, le reste demeurant inclassable dans ces catégories. Mais là aussi certaines affirmations stigmatisantes sont bien représentées dans l'opinion des sondés : « ceux qui prennent de l'héroïne manquent de volonté » (50%), « sont dangereux pour leur entourage » (75%), "cherchent à entraîner les jeunes" (60%). Plus d'une personne sur cinq est d'accord avec l'idée que « ceux qui prennent de l'héroïne sont des parasites ». Il est intéressant de noter que peu de personnes se déclarent sans opinion sur le sujet, ce qui témoigne de son fort impact émotionnel. Peu de variables sociodémographiques influent de façon notable sur ces

²⁰¹ François Beck, Stéphane Legleye, et Patrick Peretti-Watel, *Penser les drogues: Perceptions des produits et des politiques publiques*, EROPP 2002 (Paris: OFDT, 2003), <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/rapports/rap03/epfxfbj1.html>. (Accessible le 13/08/14)

²⁰² Jean-Michel Costes et al., « Dix ans d'évolution des perceptions et des opinions des Français sur les drogues », *Tendances*, n° 71 (2010), <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/tend/tend71.html>. (Accessible le 13/08/14)

représentations. L'étude épidémiologique « Baromètre Santé jeunes »²⁰³ qui a analysé en 1998 cette question montrait toutefois que les jeunes interrogés portaient un jugement plus sévère encore sur les toxicomanes que les adultes. Ils étaient presque deux fois plus nombreux à les considérer comme « responsables de ce qui leur arrive » et « agressifs et dangereux » et à estimer qu'ils « doivent être punis ».

Les problèmes soulevés par la consommation de substances psychotropes et par les comportements individuels compulsifs sont aujourd'hui fréquemment l'objet d'un intérêt public. S'ils ne figurent pas en tête des grandes préoccupations des Français (emploi et santé)²⁰⁴, ils semblent avoir une puissante capacité d'attraction et de focalisation des débats. Peuvent en témoigner les vigoureux échanges d'idées récents autour des salles de consommations à moindre risque (plus prosaïquement appelées « salles de shoot ») ou autour de la décriminalisation de l'usage du cannabis. Ces débats mobilisent régulièrement des acteurs des champs politique, sanitaire et intellectuel et sont soigneusement relayés par les médias d'information. La récurrence de ces questions et des réponses qui sont apportées donne le sentiment d'une répétition d'un scénario quasi immuable. L'occasion d'un fait divers, d'une statistique ou d'une expérimentation réveille le sentiment d'un péril latent. Certains y voient un danger d'ordre social et moral, d'autres un péril d'ordre sanitaire et éthique. Ils s'opposent brièvement, le débat étant rapidement clos par des arguments présentés comme définitifs et qui le sont jusqu'au prochain événement. Il y a là une circularité de la panique morale qui agite sans cesse les représentations normatives et morales. Il nous semble qu'aujourd'hui, en France, les débats contemporains sur les questions de soin et de régulation des pratiques addictives, lorsqu'ils sortent des échanges entre experts et deviennent publics, se réfèrent très régulièrement aux figures normatives antagonistes, hygiéniste et romantique.

Il est ainsi intéressant, par exemple, d'examiner les réactions provoquées par le projet d'ouvrir une salle de consommation supervisée pour les usagers d'opiacés et de crack. Parmi les premiers arguments des opposants au projet se trouvent la crainte de la contagion dans une métaphore infectieuse et la menace de

²⁰³ Jacques Arènes, Marie-Pierre Janvrin, et François Baudier, *Baromètre santé jeunes 97/98* (Vanves: CFES, 1998).

²⁰⁴ *Baromètre des préoccupations des Français - décembre 2012* (Paris: TNS Sofres, 2013).

l'affaiblissement moral et physique de la jeunesse, typiques de la pensée hygiéniste. On en trouve une illustration dans un article publié dans le journal « Le Monde » en 2009 par des membres d'un groupe politique du Conseil de Paris²⁰⁵. Pour ces derniers, le rôle de l'État est de promouvoir une abstinence, seule condition possible du bonheur en commun. Et c'est une alliance entre pouvoirs publics, police, justice et médecins qui en a la charge, notamment par la punition, l'éducation et la prévention. L'ouverture de salles de consommation supervisée serait une incitation à l'excès et au détournement des jeunes exposés à la « gangrène » de la drogue, avec la complicité de soignants et de politiques dévoyés.

Elles encouragent *l'augmentation de la consommation* voire même *l'initiation de nouveaux usagers* qui, rassurés par la présence de personnel médical, vont oser prendre plus de risques avec des *doses plus fortes*. Elles contribuent au maintien d'une habitude, au lieu d'inciter l'utilisateur à arrêter. En effet, l'existence de ces lieux peut être interprétée comme une *acceptation tacite de la société* de l'usage de substances pourtant illégales, *particulièrement chez les jeunes* qui peuvent y voir une certaine légitimation de cette pratique²⁰⁶.

Dans ce texte, les représentations concernant la faiblesse de la volonté et la manipulation sont présentes. Mais celles qui regardent la violence sont explicites. La violence des addicts : « les risques de troubles à l'ordre public, à proximité de ces salles, qui attirent dealers et usagers, sont évidents » mais aussi celle qui peut leur être faite puisque les salles d'injections sont qualifiées d' « anti-chambres de la mort ». Il s'agit là d'une position plutôt radicale et ce type de discours « néo-hygiéniste » n'est pas couramment présenté de manière si claire. La dimension de contrôle sociale qu'elle suppose est perceptible par le citoyen qui, dans son projet hypermoderne, s'en accommode mal. Ainsi cet hygiénisme prend-il des formes plus discrètes, notamment dans le cadre du modèle d' « autonomie dépendante » que nous verrons bientôt.

²⁰⁵ Jean-François Lamour, Phillipe Goujon, et Anne-Constance Onghena, « Salles de shoot de la Mairie de Paris : le raisonnement par l'absurde », *Le Monde*, 21 décembre 2009, http://www.lemonde.fr/idees/article/2009/12/21/salles-de-shoot-de-la-mairie-de-paris-le-raisonnement-par-l-absurde-par-jean-francois-lamour_1283736_3232.html. (Accessible le 13/08/14)

²⁰⁶ Souligné par nous.

La présence du modèle hygiéniste apparaît donc toujours forte dans ces débats contemporains. Mais il est également aisé de reconnaître l'influence romantique dans ceux qui ont cours à propos de la demande de « libéralisation » de l'usage de cannabis par exemple. La prohibition et la pénalisation y sont fréquemment présentées comme des entraves à la liberté de jouir, ou du moins comme une restriction d'accès à un produit considéré comme un espoir d'accomplissement personnel et de progression vers une vie collective plus paisible. Mais ici également, il n'est pas si simple dans la société contemporaine d'assumer ces positions romantiques et il est plus aisé de les faire porter par des arguments scientifiques et pragmatiques.

Dans le discours spécialisé

Les représentations morales qui pèsent sur les personnes addictées semblent infiltrer également les perceptions et les attitudes des soignants à leur égard. Pour une étude des aspects quantitatifs de ce phénomène, nous renvoyons à la revue de la littérature sur les *attitudes* des professionnels présentée dans la seconde partie de ce travail. Soulignons d'emblée que si, comme nous pouvons nous y attendre, ces derniers font preuve de plus de compréhension et de patience que les représentants du « grand public », leur regard peut également se faire réprobateur et jugeant, et entraîner des conséquences négatives pour la qualité des soins aux patients présentant une addiction. Mais ces études n'explorent que peu le contenu des représentations morales et leurs origines.

Il est intéressant à ce sujet d'examiner l'héritage hygiéniste des dispositifs de soin des addictions aujourd'hui. Assez logiquement, c'est dans le champ sanitaire, celui de l'hôpital, qu'il est le plus apparent. Le soin y reste plus qu'ailleurs orienté vers l'abstinence et s'étaye majoritairement sur une théorie du fonctionnement cérébral et de ses altérations par le toxique proche des principes de la dégénérescence. Il est associé à l'encouragement à un certain type de soin de soi au travers de programmes d'amélioration de l'estime de soi, de la connaissance de son corps, d'éducation thérapeutique ou par l'exercice physique et la diététique. Mais l'héritage hygiéniste n'est pas l'apanage de l'hôpital. Il semble même assez largement partagé chez les différents acteurs de l'addictologie actuelle. Les

consommations excessives d'alcool ont été, comme nous l'avons vu, un objet principal de l'entreprise hygiéniste au 19^{ème} siècle, et l'on peut se souvenir qu'il y a une quinzaine d'années encore, les nombreuses structures publiques ou associatives qui se dédiaient à ces problématiques hors de l'hôpital se nommaient « Centre d'Hygiène Alimentaire et Alcoologique ». Les conseils pour une « bonne hygiène de vie » sont ainsi très couramment dispensés aux patients, y compris dans les fascicules de RdR. De la même façon, la légitimité de l'approche préventive, à destination de la jeunesse et des travailleurs notamment, ne soulève aucune discussion. Enfin, il est particulièrement clair de voir l'empreinte de l'approche hygiéniste dans la pratique très répandue de l'orientation des patients vers des « centres de cure », des « postcures » ou des « soins de suite et de réadaptation ». Ces structures proposent des soins qui répondent parfaitement à la définition des cures pratiquées au 19^{ème} siècle et fonctionnent selon des modalités très proches de celles des établissements construits à l'époque. Elles leur ont d'ailleurs parfois succédé dans les mêmes locaux : des sanatoriums devenus postcures. On entrevoit ici encore l'analogie fréquemment opérée entre substance toxique et agent infectieux, entre dépendance et contagiosité, entre intoxication et souillure.

Mais l'influence romantique est également présente dans le champ des soins aux personnes addictées²⁰⁷. Les substances stupéfiantes et leur monde demeurent fascinants pour les professionnels et, même si ces pratiques se font très discrètes, il n'est pas rare que des soignants expérimentent eux-mêmes l'effet de substances ou, s'ils ne peuvent se le permettre, l'étudient en se plaçant très à proximité du consommateur. Ce fait est parfois institutionnalisé comme dans le cas des dispositifs qui visent à observer, quasiment en temps réel, les évolutions des produits et modes de consommation dans les grandes métropoles françaises. De manière scientifique, ces dispositifs portés par des institutions publiques sont très proches, intimes, des espaces de consommation. Il est certain que la limite est beaucoup plus nette et établie entre observation et intoxication qu'à l'époque du club des Haschischins, mais certaines porosités ne sont pas exclues. Les discours sur la « libéralisation des drogues » se font peu entendre dans le champ spécialisé,

²⁰⁷ On pense immédiatement à l'emprunt du titre d'un poème de Baudelaire pour nommer un centre important d'addictologie ! Mais il est plus probable que la libération qu'il appelle soit celle de la dépendance toxique plutôt que de la peine existentielle... quoique !

mais une certaine sympathie avec les choix de vie des patients peut être perçue. Le « mal du siècle » est volontiers invoqué comme contexte de réaction des usagers de stupéfiants. Si cela apparaît moins visible aujourd'hui, la première génération des soignants d'après-guerre dans le domaine ont fortement partagé l'analyse que les toxicomanes notamment faisaient de la société et se sont retrouvés avec eux dans un sentiment de subversion nécessaire, et dans le besoin de remise en cause de l'ordre établi, d'ouverture vers d'autres modalités d'être-ensemble, fussent-elles utopiques. L'engagement dans la « lutte des classes » a été une voie de résolution de la mélancolie romantique et certains groupes de soignants, et de patients, ont rêvé du « grand soir ». On peut l'observer aujourd'hui dans certains fonctionnements institutionnels et dans des éléments de discours des générations suivantes de soignants.

Les systèmes de valeurs morales qu'agrègent les figures normatives du sujet de l'hygiénisme ou du romantisme nous paraissent ainsi toujours présents dans les discours et les pratiques des soignants en addictologie, plus ou moins à leur insu. Il est difficile aujourd'hui de revendiquer pour soi l'une ou l'autre de ces positions. Chacune a eu des conséquences problématiques identifiées pour le soin des patients. Ces héritages nous apparaissent donc le plus souvent passés sous silence par ceux qui en ont encore conscience (il s'agit généralement des héritiers des fondateurs), et les équipes, renouvelées, n'en prennent pas connaissance, ou alors de manière indirecte. Cela peut laisser ouvertes des questions sur les origines du groupe et sur le sens de l'action commune. Il semble que dans cet espace d'incertitude, une nouvelle figure de norme tente de prendre forme, celle d'un sujet dépendant dans l'espace du soin mais indépendant dans les autres aspects de sa vie. Nous reviendrons plus loin sur cette figure naissante à laquelle nous donnerons le nom de la notion dégagée par Patrick Pharo d' « autonomie dépendante ».

Avant de conclure cette réflexion sur l'ubiquité des représentations morales dans l'environnement social, il nous faut souligner qu'elles se retrouvent également chez les sujets addicts eux-mêmes. Ana Ning²⁰⁸ a ainsi montré que les représentations

²⁰⁸ Ning, « Games of Truth », op.cit.

des toxicomanes sont infiltrées des stéréotypes communs. Dans des contextes cliniques, les travaux d'Olivier Taïeb²⁰⁹ ou de Patrick Pharo²¹⁰ le soulignent également. Certains patients portent eux-mêmes une sévère condamnation morale de la toxicomanie qui est associée au vol, à la violence et à la prostitution sans toutefois s'inclure dans ces représentations. En revanche, ils s'attribuent plus facilement la faiblesse de la volonté.

Vers un nouveau paradigme addictologique ?

Au travers de ces descriptions et analyses des paradigmes sous-tendant les élaborations et les pratiques soignantes, il apparaît clairement que, tout en restant fermement ancrés dans leur idées fondatrices, ils se modifient au fil des évolutions sociales et des réflexions spécialisées. Depuis une vingtaine d'année, un mouvement puissant tend à unifier les différents acteurs du champ des addictions et tente d'élaborer un discours commun sur les patients, le soin et les institutions. Ce « mouvement addictologique » vise explicitement le changement de représentations au sein du grand public mais également parmi les professionnels spécialisés. Nous allons chercher ici à présenter ce mouvement. Nous nous interrogerons sur ses rapports avec les figures normatives « traditionnelles » et sur sa capacité à fonder de nouvelles normes, à structurer un discours cohérent et persistant, des pratiques, et à porter des institutions.

1. La figure du sujet « autonome-dépendant » : une enclave normative

L' « autonomie dépendante » est une notion développée par Patrick Pharo. Ce spécialiste de la sociologie morale a réalisé plusieurs travaux de recherche et d'écriture à propos des enjeux moraux de la dépendance addictive et de son

²⁰⁹ Taïeb, *Les histoires des toxicomanes - Récits et identités dans les addictions*. op.cit.

²¹⁰ Pharo, *Philosophie pratique de la drogue*. op.cit.

traitement social. L'autonomie dépendante caractérise l'état des personnes en situation d'addiction appréhendées dans leur rapport au soin. Le modèle en est la substitution par des opiacés prescrits et plus généralement les pratiques de RdR. La dépendance du sujet est reconnue, par l'usager comme l'intervenant, et acceptée implicitement. Il n'est donc plus question de maintenir l'abstinence dans l'ordre des normes. Mais cette acceptation de la dépendance circonscrite à l'éventuel traitement de substitution et à la relation d' « accompagnement » avec les intervenants a pour corollaire un soutien ajusté et un équipement du sujet visant à lui permettre de développer son autonomie dans le reste de l'espace social. Cela se rapproche des pratiques d'*empowerment*, à la nuance importante près qu'un degré élevé de dépendance du sujet est assumé dans l'espace de soin. On y reconnaît en revanche clairement les idées qui soutiennent les politiques et pratiques de RdR. Ces idées promouvaient au départ des pratiques très spécifiques de substitution, d'information et d'équipement des usagers pour réduire l'impact de leurs consommations sur leur santé et leur vie sociale. Mais il semble que certaines d'entre elles comme le rejet de l'idéal d'abstinence et l'acceptation d'une dépendance encadrée comme prix du gain d'indépendance en société se sont implantées dans les esprits des soignants et ont influencé les actions soignantes au-delà des pratiques de RdR. Le sujet autonome-dépendant correspond à l'individu présentant une addiction importante à un produit ou un comportement mais qui possède une rationalité propre. Celle-ci n'est généralement pas partagée par les soignants mais reconnue comme telle et acceptée. Sa trajectoire attendue est celle d'une alliance avec les soignants, d'un aménagement du cadre de la dépendance et d'un réinvestissement d'espaces d'autonomie extérieurs.

L'autonomie dépendante devient ainsi progressivement une nouvelle figure normative du sujet en soin. Cependant, si elle est largement partagée, elle ne fait pas consensus au sein de la communauté des soignants dont certains considèrent qu'elle est trop peu ambitieuse. Mais ce qui nous semble particulièrement remarquable est la déconnexion entre ce projet normatif et le discours moral du grand public et de certains de ses représentants politiques. Ces derniers sont très largement ignorants (ou feignent de l'être pour les seconds) de ces évolutions singulières et l'écart des systèmes de valeurs apparaît évident à l'occasion des débats publics suscités par les propositions politiques concernant les addictions. Le

sujet autonome-dépendant semble s'édifier au sein d'un espace délimité, celui du monde spécialisé de l'accompagnement des personnes en situation d'addiction qui se structure autour de ce que Grange et de Kübler appellent la coalition de la réduction des risques. Sa réception par le grand public est faible, soit que celui-ci ne souhaite pas en entendre parler, soit que les professionnels cherchent à préserver leur liberté de travail et celle de leurs patients. Pour cette raison, nous parlons d'enclave normative au sein de champ spécialisé.

Il convient cependant de se demander si l'enclavement de cette figure autonome-dépendante ne révèle pas un effort collectif pour isoler la question de la dépendance en société. La traiter comme une entité circonscrite ne permet-elle pas aux individus d'ignorer leurs propres dépendances ? Le sujet autonome-dépendant n'est-il pas très semblable au sujet hypermoderne ?

2. Une addictologie hypermoderne ?

Il apparaît difficile de différencier nettement le sujet autonome-dépendant, souffrant et accompagné, du sujet hypermoderne, en souffrance plus ou moins patente et en recherche d'aide. Le sujet autonome dépendant serait celui qui aurait franchi le Rubicon, l'hypermoderne restant esseulé sur l'autre rive, mais appelé à traverser. Se pourrait-il que l'addictologie projette d'aider au passage ?

La question de savoir qui est l'objet des soins en addictologie est d'autant plus importante que le public accueilli dans les structures de type addictologique a sensiblement évolué ces dernières années. En effet, le domaine de l'addiction, après avoir accepté de réunir « toxicomanes » et « alcooliques », s'est étendu à des pratiques autrefois banalisées comme le tabagisme ou la dépendance aux psychotropes licites, ou nouvelles comme le jeu pathologique, la cyberaddiction, la sexualité compulsive ou encore la dépendance au shopping, au bronzage, au risque, au sport... la liste des objets ou pratiques procurant du plaisir et se prêtant à un usage compulsif est sans fin. De même, des problèmes traités précédemment par d'autres disciplines comme les troubles des comportements alimentaires, sont l'objet de propositions de soins addictologiques. Ainsi viennent en consultation et parfois en hospitalisation des personnes qui autrefois se seraient adressées à un service de psychiatrie, à un psychologue, à des ressources « profanes », auraient

souffert en silence ou bien ne se seraient tout simplement pas inquiété de leurs propres conduites ou de celles de leurs proches. Ainsi, dans les salles d'attente, mais aussi dans les esprits des patients, des soignants et des citoyens, la limite s'estompe entre les « toxicomanes », les « alcooliques » et les gens « normaux ». Tous sont « addicts » dans une communauté de souffrance existentielle avec laquelle les soignants sont en sympathie. Ainsi les patients sont-ils tantôt des sujets autonomes-dépendants isolés du reste du corps social, tantôt des sujets-citoyens hypermodernes parfaitement intégrés. Il nous semble qu'existent des oscillations fréquentes entre intégration et différenciation de ces figures. Que les raisons soient d'ordre clinique ou politique, les patients sont parfois considérés dans leur condition commune d'addicté ou réassignés aux catégories d'usagers d'alcool ou de drogues illicites, de tabagiques ou de personnes en situation précaire.

Il nous semble ainsi que, dans les propositions de soin, existe une dialectique peu explicite entre adresse à un public de sujets autonomes-dépendants d'une part et de sujets hypermodernes d'autre part ; ces deux groupes fusionnant ou se redifférenciant au gré des discours et des pratiques. La tendance de fond toutefois est à la fusion. S'il existe quelques résistances théorico-cliniques à l'idée d'une unicité des problématiques addictives, dans la pratique, tous les centres s'ouvrent à tous les publics (et si ce n'est de bon gré, y sont contraints par leurs tutelles), des consommateurs de substances licites et illicites au joueurs pathologiques, au cyberaddicts, aux hyperphages, aux sportifs dopés... On pourrait se demander, dans une perspective foucaldienne, si de nouvelles missions ne seraient pas confiées à l'addictologie actuelle. Non pas tant une fonction de contrôle social qu'un rôle d'*accompagnement* des citoyens dans leur nouvel environnement hypermoderne.

Mais nous verrions bien les logiques hypermodernes se situer à un autre niveau de l'entreprise addictologique. Peut-être parce qu'elle est jeune, le mouvement y semble perméable. Ainsi, malgré une histoire mouvementée, des héritages contrastés et des tensions persistantes, il règne, dans les échanges au sein de la discipline, un faible niveau de conflictualité et un certain nivellement générationnel. Les professionnels sont imprégnés des différents paradigmes que nous avons détaillés précédemment, avec des positions que l'on pourrait attendre différentes. De même, les vives oppositions qu'ils ont connues ou dont ils sont les héritiers pourraient se manifester, et il pourrait y avoir des débats vifs à l'occasion des

diverses mutations récentes. Mais l'ambiance demeure calme et cordiale. Il faut évidemment se réjouir de l'apaisement des discours, d'un plus grand respect des uns vis-à-vis des autres et il existe un bénéfice certain en termes politique et social à montrer une unité d'engagement auprès des patients. De même que les psychanalystes et penseurs de l'hypermodernité, évoquant les effets confusionnants de la pauciconflictualité et de l'horizontalité dans le contexte contemporain, ne regrettent pas le temps des guerres, il ne s'agit pas pour nous d'être nostalgique des oppositions violentes qui ont précédé. Nous nous contentons de souligner ce qui nous apparaît comme une syntonie entre l'ambiance interne au courant addictologique et celle qui est encouragée par le projet social hypermoderne.

Mais cette modalité particulière de faire « réseau », pour reprendre le terme de Bauman, pourrait avoir un coût. Pour éviter les conflits, les débats d'idées n'ont plus lieu et les figures « historiques » ne sont pas rappelées. Cela peut avoir deux conséquences : d'une part l'apparition d'une violence latente, les fantômes non élaborés des guerres passées hantant l'espace et les rapports de forces demeurant inhérents à la vie d'une discipline ; d'autre part un sentiment de confusion identitaire des soignants ne sachant pas de quoi est fait leur cadre théorique, quels sont leurs héritages ni à qui ils sont affiliés. Ce sentiment de confusion semble d'ailleurs croissant à mesure que le professionnel est éloigné des espaces de discussion que constituent les sociétés savantes, les congrès scientifiques, les laboratoires de recherche...

3.Un paradigme en devenir

Nous avons choisi de définir un paradigme comme un système de représentation cohérent et persistant, produisant un discours, des pratiques et s'inscrivant au plan institutionnel et se situant dans une histoire. Il nous faut donc voir maintenant si l'addictologie constitue aujourd'hui un paradigme propre à donner un sens à l'action soignante.

L'addictologie, dans son ambition rassembleuse, doit donc se développer avec les héritages et les substances des paradigmes précédents : socio-éducatifs, anatomo-clinique et psychodynamique. Ceux-ci, comme nous l'avons vu, présentent certains points de recouvrement mais surtout de nombreuses spécificités parfois

antagonistes. De ce fait certaines oppositions ont donné lieu à des débats violents qui ont laissé des traces plus ou moins vives et conscientes dans l'histoire collective du soin des addictions. Sans doute en partie pour cette raison, la pensée addictologique semble tentée de refouler ces héritages, de faire comme s'il s'agissait d'histoires anciennes aujourd'hui dépassées. C'est ce qui nous semble être la première entrave à la constitution d'un véritable nouveau paradigme. De même qu'au niveau des mots, « addiction » vient tenter d'effacer « toxicomanie » et « alcoolisme », l'addictologie veut être une discipline nouvelle avec les fantasmes d'auto-fondation et d'auto-engendrement que cela suppose. Elle voudrait offrir un cadre où « psys », médecins généralistes et éducateurs ne s'opposent pas mais se retrouvent dans une préoccupation commune pour les difficultés de personnes addictées et pour la construction d'une institution partagée à même d'accueillir les pratiques d'aide et de soin et respectée par l'environnement extérieur. Et, en effet, la tentative de se protéger de la conflictualité interne et des attaques extérieures semble être un point de rassemblement des différents intervenants en addictologie.

Dans nos présentations des inscriptions institutionnelles des différents paradigmes, nous avons souligné le fait qu'elles ne sont pas univoques. Il n'en demeure pas moins que certains lieux et leurs représentants se reconnaissent une affiliation plus ou moins exclusive à un paradigme. Le rejet des autres étant devenu intenable aujourd'hui, le paradigme en question est souvent présenté comme organisateur des autres ou comme seul légitime à un temps donné du soin (les différents paradigmes seraient pertinents pour différents temps du parcours de l'addicté mais non simultanément). Toutefois, lorsqu'il est question de rassemblement de la discipline, la revendication identitaire ne semble plus possible. Il se fait alors autour d'un plus petit dénominateur commun dont on peut rechercher le contenu aux plans théorique et pratique. Au plan théorique, la notion de dépendance semble faire l'objet d'un consensus dès lors que l'on ne s'attache pas à une définition précise comme celle de Goodman par exemple. La formule assez large de Pierre Fouquet²¹¹ de la dépendance comme « perte de la liberté de s'abstenir » est souvent reprise dans les discours communs. Certains termes

²¹¹ Pierre Fouquet, « Réflexions cliniques et thérapeutiques sur l'alcoolisme. », *L'Evolution Psychiatrique* 2 (1951): 231-62.

nouveaux apparaissent comme le *craving* qui évoque le besoin irréprensible de renouveler l'intoxication ou le comportement addictif. Ce terme est largement repris, probablement parce qu'il correspond aux représentations neuro-physiologiques (dont il est issu), mais peut aussi se traduire en terme psychodynamique de désir ou de défaut de contrôle sur soi, ou butée de la rationalité du sujet addicté dans les perceptions socio-éducatives. Ainsi, un consensus *a minima* se fait autour d'objets théoriques parfois anodins, les grands systèmes théoriques classiques, soupçonnés de mener à des positions idéologiques et dogmatiques, étant laissés de côté. Il nous semble qu'il en résulte un appauvrissement du débat et de son contenu théorique. L'espace laissé vacant par ce silence, outre qu'il peut provoquer une certaine confusion chez les professionnels en attente d'« équipement » pourrait favoriser la diffusion d'idées « nouvelles » peu spécifiques (notamment parce qu'elles sont en régression par rapport aux conceptions théoriques déjà existantes mais ignorées, quel que soit le paradigme auquel elles se rattachent) et appliqué parfois sans grande rigueur. Au plan pratique, les exercices des professionnels tendent à s'uniformiser. La stratégie de substitution pour l'accompagnement des personnes addictées est aujourd'hui acceptée dans tous les espaces du soin. Au point d'ailleurs qu'elle apparaît volontiers dans les discours décollée de tout paradigme, voire que chacun le revendique alors qu'elle émane historiquement, de notre point de vue, du paradigme socio-éducatif. Mais le recours à des médicaments de l'aide au sevrage et au maintien de l'abstinence, tout comme la distribution d'information et de matériel de RdR et la pratique de psychothérapies d'inspiration psychanalytique et systémique, sont également largement répandus dans les diverses structures addictologiques. Ce décloisonnement est sans doute un assouplissement par rapport à la situation précédente mais en l'absence d'élaboration théorique intégrative, il apparaît plus comme une juxtaposition sous forme de patchwork aux sutures plus ou moins réussies qu'à un métissage des pratiques et des identités. Ici aussi se développent des pratiques « nouvelles » qui recueillent un certain consensus comme celle des « entretiens motivationnels ». Ces techniques d'entretien qui soutiennent une position empathique des soignants et un respect de la singularité de la personne addictée, et qui présentent un intérêt certain pour favoriser la rencontre et pour soutenir les patients, connaissent le succès sans doute parce qu'elles

n'offensent aucune conception classique. Elles sont proches des techniques cognitivo-comportementales mais reconnaissent une subjectivité singulière à la personne et peuvent entrer dans des pratiques d'*empowerment*.

Cependant, cet écart avec les paradigmes antérieurs, bien qu'il nous paraisse artificiel et à certains égards problématique, offre également une certaine liberté aux acteurs du soin dotés de curiosité et de créativité. Ainsi en est-il des techniques d'entretiens motivationnels dont nous venons de parler et dont l'application inventive crée des situations intéressantes dans les relations avec les patients. Il en est de même pour les pratiques groupales utilisant des médiations et pour les approches psychocorporelles ou encore l'utilisation des nouveaux médias d'information et de supports technologiques. Au plan théorique apparaît également un renouvellement de la réflexion sur le dualisme corps-psyché de la médecine contemporaine. Du fait de l'objet particulier que constitue l'addiction, dont il est impossible d'ignorer les effets à la fois sur la santé physique et psychique, et probablement dans le souvenir de l'abrasement de conflits et d'antagonismes anciens, les soignants recherchent des possibilités d'intégrer certains savoirs et certaines pratiques, en quête d'une approche du soin plus holistique.

Enfin, et c'est un point tout à fait remarquable, l'addictologie française peut désormais porter un discours politique courageux. Si son fonctionnement interne est dominé par un consensus *a minima* à certains égards appauvrissant et paralysant, elle a pu élaborer un discours public audacieux²¹², notamment en termes de proposition de positionnement légal à l'égard des usagers de substances illicites, dont il est très probable qu'il aurait déclenché une vive controverse interne au mouvement s'il avait été prononcé il y a quelques années encore.

²¹² Nous faisons référence au « livre blanc de l'addictologie française » de la Fédération Française d'Addictologie publié en 2011 : http://www.addictologie.org/dist/telecharges/FFA_LivreBlanc-2011mai26.pdf (accessible le 16.08.14).

Tension et confusion comme cadre d'action

Affirmons-le d'un point de vue subjectif, il n'est pas question pour nous de regretter un ancien ordre des choses. Le mouvement addictologique actuel possédant une énergie singulière et offrant un espace largement ouvert à la créativité, nous en attendons une amélioration et une complexification des soins proposés aux personnes addictées qui en ont besoin.

Mais nous devons revenir à un niveau d'analyse plus « objectif », plus « anthropologique » et reconnaître alors que la discipline addictologique ne possède pas encore de véritable paradigme commun constitué. Une *cohérence* reste à trouver dans les différentes représentations théoriques et leurs applications pratiques, ainsi que dans l'organisation institutionnelle de la discipline. Mais une autre difficulté réside dans son rapport à la temporalité. En effet, régulièrement se font entendre des inquiétudes sur la pérennité de la discipline, du fait essentiellement des restrictions économiques générales et du soutien équivoque des pouvoirs publics. Mais l'incertitude sur la *persistance* d'un paradigme addictologique – outre le fait qu'il ne nous paraît pas encore constitué – est peut-être également à rapprocher du « déni de filiation » dont fait preuve le mouvement.

À l'issue de ce travail d'analyse du contexte socio-historique et épistémologique dans lequel se placent les pratiques de soin aujourd'hui, nous identifions deux lieux principaux de déstabilisation de la position soignante. Ces deux espaces sont séparées par ce qui constitue une « enveloppe » autour du sujet-agent soignant. Cette « peau »²¹³, qui consiste en une succession d'enveloppes allant de son contenant psychique propre jusqu'à celui offert par l'identité de soignant ou d'intervenant en addictologie, délimite un *extérieur* et un *intérieur*. À l'extérieur, ce sont les représentations morales péjoratives qui pèsent sur les personnes addictées,

²¹³ La « peau » ou plus exactement le « moi-peau » et les « enveloppes psychiques » sont des concepts respectifs des psychanalystes Didier Anzieu et Didier Houzel qui donnent une représentation des contenants symboliques qui nous procurent sécurité interne et interface avec l'extérieur. Voir : Didier Anzieu, *Le Moi-Peau* (Paris: Dunod, 1985). et Didier Houzel, *Le concept d'enveloppe psychique*, 2e édition (Paris: In Press, 2010).

et qui touchent par « contagion »²¹⁴ les professionnels, qui sont les plus actives. Ce sentiment de réprobation publique voire de relégation peut être d'autant plus lourd à porter par les soignants qu'ils perçoivent l'écart entre les principes qui sous-tendent leur action, et notamment l'acceptation tacite du fait de dépendance, et le contenu moral du discours social. On peut imaginer que cette situation leur donne, en réaction, un sentiment d'héroïsme, mais il n'est pas certain alors qu'il favorise plus leur position de soignant. À l'intérieur, c'est sans doute la manière que le soignant peut avoir d'aménager les figures morales qui l'habitent et ses possibilités de trouver dans son cadre théorico-pratique d'exercice une congruence avec celle-ci et un sens à son action d'aide et de soin qui détermine son confort dans l'exercice. Nous ne pouvons pas préjuger de ce qui se passe pour chacune des personnes qui choisissent de pratiquer un métier du soin dans le domaine des addictions. Mais il semble que le contexte de l'aide et du soin, et ce indépendamment des particularités du champ addictologique, soit peu propice à l'expression de sensibilités morales individuelles. Si cela n'empêche pas la réflexion individuelle et la recherche personnelle, cela ne contribue pas à faciliter la prise de conscience par les soignants de leurs propres représentations morales et de leur façon de les accommoder dans la rencontre avec les patients. On peut s'attendre à ce que cela provoque chez eux des éprouvés de perplexité et des tensions, épuisants sur le long terme et générateurs de difficultés dans les relations avec les patients. Il nous est également possible de nous interroger sur les capacités du mouvement addictologique actuel à fournir au soignant une enveloppe efficace, en termes par exemple d'identité professionnelle ou même très pragmatiquement de sécurité d'emploi. La difficulté, nous l'avons dit, nous semble venir plus d'un déni de filiation et de conflits latents occultés que de l'incomplétude du paradigme que le mouvement se propose de constituer. Nous avons vu en effet que celle-ci n'interdisait pas l'initiative créatrice. En nous plaçant dans la perspective des élaborations psychanalytiques déjà présentées, nous pouvons penser que ce déni collectif de filiation produit des effets de clivage chez des soignants qui vont connaître des difficultés à se situer dans une chaîne

²¹⁴ Le terme de contagion fait ici référence à la théorie du stigmatisme développée par le sociologue Erving Goffman, l'une des propriétés du stigmatisme pesant sur les stigmatisés, ici les addicts, étant de s'étendre comme par contagion aux groupes qui sont en lien avec eux, ici les soignants en addictologie. Voir : Erving Goffman, *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity* (New York: Simon and Schuster, 1986).

générationnelle, et donc à reconnaître leur héritage et leurs affiliations. Cela peut les laisser suspendus et confus quant à leur place. De la même façon, le clivage va masquer l'histoire et la conflictualité qu'elle contient. Le risque est alors que cette dernière resurgisse brutalement sous forme d'une violence déliée, vécue en soi dans une douleur psychique ou physique, ou projetée vers l'extérieur sur des supports tout désignés comme l'environnement social ou la personne de l'addicté. Pour paraphraser Alain Ehrenberg, il nous semble finalement que le soignant en addictologie peut se trouver, pour ces diverses raisons, dans une position de « soignant incertain ».

Nous avons tenté, dans cette première partie, de présenter l'addiction comme un *fait social total* de notre société. Elle s'est montrée sous un regard sociologique, anatomo-clinique et psychodynamique. Il a été dès lors possible pour nous de souligner l'existence de paradigmes distincts qui influencent la pensée et les pratiques des soignants ainsi que les structures dans lesquelles ils exercent et proposent des soins aux personnes addictées. Mais nous avons également insisté sur la dimension morale du fait total de l'addiction. En dégageant certaines figures normatives et certaines modalités de déviance, nous avons cherché à montrer leur ubiquité dans le champ social, y compris dans les espaces de soin. Des liens se sont dégagés entre ces figures de normes et les paradigmes qui sous-tendent encore souvent l'action soignante. Nous avons rappelé les conflits violents qui ont opposé, dans un passé récent, certains tenants de ces positionnements théorico-pratiques. Mais le paysage des soins et le contexte d'exercice des professionnels se sont fortement modifiés au cours de deux dernières décennies du fait de la montée en force du mouvement addictologique. La dynamique unificatrice de ce dernier ouvre un espace de pacification des discours et de créativité théorique et pratique. Toutefois il nous semble que, dans sa tentative d'échapper aux conflits et aux héritages encombrants, ce mouvement s'inscrit dans des logiques de pensée, de fonctionnement collectif et de rapport à la société qui s'apparentent à celles de l'hypermodernité. Tout en invitant les soignants en addictologie à se reconnaître comme tels et à développer un esprit commun du soin, ce mouvement se trouverait encore en défaut lorsqu'il s'agirait de leur fournir une identité claire et confortable, un discours sur les modalités d'être en lien avec les patients et un cadre de travail

sécurisant et contenant. Nous pouvons nous attendre alors à ce que ce cadre encore incertain apparaisse comme un facteur limitant pour la relation de soin dans le champ des addictions. Le professionnel, acteur du soin mais également sujet propre et agent moral, se retrouverait insuffisamment sécurisé face aux attentes relationnelles des personnes addictées et aux émergences d'affects et de jugements de valeurs que la rencontre induit nécessairement. Il pourrait alors en découler des conséquences problématiques en termes cliniques et éthiques.

À l'issue de cette analyse du contexte contemporain du soin des addictions, nous devons suivre l'invitation de Marcel Mauss et de Claude Lévi-Strauss à ne pas nous contenter de l'étude des discours institués sur « la prière ou le droit ». Il nous faut maintenant aller observer le fait social total dans son expérience subjective, chez « le Mélanésien de telle ou telle île ». Nous présenterons donc, dans les deux parties suivantes, ce que nous avons appris au travers de l'étude EthNaA de l'expérience de Mélanésiens de l'addictologie de différentes îles-structures de soin, mais également ce que nous pouvons en dire nous-même en tant que Mélanésien.

SECONDE PARTIE —

Une observation de l'expérience des professionnels dans la relation de soin en addictologie: intensité émotionnelle et difficultés cliniques et éthiques au travers de l'étude EthNaA

Notre objet d'étude dans cette partie sera l'expérience que les soignants font de la relation de soin. Nous définirons d'abord ce que nous entendons par relation de soin puis détaillerons certains éléments de la littérature scientifique concernant les investissements de la rencontre par les professionnels, en particulier dans le champ des addictions. Nous verrons ensuite au travers des résultats d'une étude qualitative, l'enquête EthNaA, ce que les soignants en addictologie peuvent éprouver dans leur rencontre avec les patients addictés.

La relation de soin en addictologie

La relation de soin est un objet évidemment complexe. Elle est souvent considérée et décrite comme l'ensemble des liens qui résultent de la rencontre entre deux personnes. Nous souhaitons toutefois d'emblée prendre certaines distances par rapport à une position isolationniste et souvent réductrice qui préside aux réflexions usuelles sur le colloque singulier.

1. Un regard sur la relation de soin

La rencontre est en effet difficilement appréhendable hors du réseau de liens qui entoure les deux protagonistes. Le patient y est présent en tant que sujet, mais ce sujet s'exprime à ce moment précis d'une part en tant que souffrant, d'autre part en tant qu'enfant, conjoint, parent, ami de telles et tels. De son côté, le soignant s'étaye sur son propre réseau de lien, ses filiations et affiliations. Il nous semble donc nécessaire de considérer la rencontre entre deux sujets comme la rencontre entre deux constellations de liens. Une multitude se représente ainsi dans la relation.

Dans un article sur l'éthique pour l'*Encyclopædia Universalis*, Paul Ricoeur²¹⁵ reprend certaines de ses idées développées dans « Soi-même comme un autre » pour décrire une relation bonne. De façon très illustrative, il utilise les trois pronoms personnels du singulier pour situer la position du *je* sujet attestant de sa liberté, du *tu* comme Autre à reconnaître et du *il* comme représentant de l'Autre absent. Mais cette absence particulièrement criante dans la rencontre entre le *je* et le *tu* impose une sorte d'invocation de ce *il*. En effet, sans lui, les deux sujets en présence sont en grande difficulté pour soutenir leur liberté propre et pour reconnaître l'Autre comme simultanément semblable et différent. Le risque est alors grand de voir la rencontre basculer dans des liens de dominations ou dans des mouvements de rejet altérophobes. Selon Ricoeur, la fonction du troisième terme est donc de sécuriser cette rencontre. Absent mais invoqué par les deux sujets en présence, il représente la multitude qui les enveloppe. Symbolisée pour notre auteur

²¹⁵ Paul Ricoeur, « Ethique », *Encyclopaedia Universalis* (Paris: Encyclopaedia Universalis, 2008).

par la règle, la loi et la justice, elle porte le sens du collectif intime et social, de son flot historique et de son élaboration culturelle. L'usage du langage lui semble illustrer cette réalité :

Toute *praxis* nouvelle s'insère dans une *praxis* collective marquée par les sédimentations des œuvres antérieures déposées par l'action de nos prédécesseurs. Cette situation, une fois encore, a son parallèle dans le langage. Toute prise nouvelle de parole suppose l'existence d'une langue déjà codifiée et la circulation de choses déjà dites qui ont laissé leurs traces dans le langage, en particulier dans le langage écrit sous forme de textes, de livres, etc. J'entre ainsi dans une conversation qui m'a précédée, à laquelle je contribue pendant une certaine durée et qui continuera après moi. (p.258)

C'est donc dans ce bain qu'une relation bonne peut se développer. Cette description du troisième terme nous semble proche de la fonction du tiers telle que développée par les psychanalystes. L'important corpus théorique sur le sujet montre son caractère essentiel dans le développement et le déroulement de la vie psychique. Nous pouvons l'illustrer par exemple par le rôle du père dans la relation la plus duelle et la plus intime que soit, celle entre la mère et son bébé. Pour Jacques Lacan, le « Nom-du-Père » symbolise à la fois l'action du père réel et ses représentations imaginaires et symboliques chez la mère et l'enfant. Sa fonction, schématiquement, est d'opérer la différenciation entre la mère et l'enfant et par là-même de permettre à ce dernier d'accéder à la vie psychique. Comme nous l'avons vu chez Ricœur, cette fonction tierce est médiée par la règle. Notons que le père et la mère dont nous parlons ici figurent les fonctions paternelles et maternelles qui ne coïncident pas exactement avec les rôles du père et de la mère. En effet, cette dernière, par exemple, porte également une fonction paternelle.

Si la multitude évoque pour nous le troisième terme de l'éthique de Ricœur et le tiers de la psychanalyse, elle résonne également avec la notion de constellation transférentielle décrite par François Tosquelles²¹⁶. Ce terme désigne la manière dont les sujets psychotiques investissent la relation aux soignants. N'ayant pas de représentation unifiée et cohérente d'eux-mêmes et de l'autre, ces personnes attribuent inconsciemment à différents soignants des caractéristiques et des affects,

²¹⁶ François Tosquelles, *Le Travail thérapeutique à l'hôpital psychiatrique* (Paris: Editions du Scarabée, 1967).

leur faisant ainsi porter un morceau de leur propre identité. Pour Pierre Delion²¹⁷, l'enjeu du soin est alors d'abord de « réunir ce qui a pu ou peut être l'objet d'un investissement partiel du sujet en question, que ce soit les soignants qu'il apprécie, mais aussi ceux qui le persécutent, etc..., de façon à approcher les différents niveaux qui constituent la réalité psychique projetée du patient sur son entourage ». Le concept est développé ici autour de la relation thérapeutique particulière au fonctionnement psychotique. Il nous semble toutefois intéressant de penser qu'il peut avoir une pertinence ici pour appréhender certaines caractéristiques de la relation « normale » de soin. En particulier lorsque le soignant travaille en équipe, le patient investi préférentiellement la relation avec lui tout en projetant certains éléments affectifs sur les autres membres de l'équipe. On connaît par exemple, dans certains lieux, l'importance pour des patients d'une secrétaire ou d'un infirmier avec lesquels ils n'ont que des interactions sporadiques mais qui soutiennent une part de la relation avec le médecin.

Ainsi, la rencontre entre deux sujets se fait-elle dans un bain constitué d'une multitude de liens et dans un flot historique et culturel qui « feront tiers » pour permettre l'épanouissement d'une relation bonne et son inscription dans le temps. Dans cette perspective, la notion de colloque singulier mérite d'être examinée. Dans son sens commun, elle équivaut à la relation médecin-malade régie par les principes hippocratiques : protection de l'intimité du patient, absence de jugement moral de la part du médecin, secret sur ce qui se dit. Le colloque évoque ici le dialogue entre deux personnes, il est duel. Il semble que l'expression vienne à l'origine de Georges Duhamel²¹⁸. Dans « Paroles de médecin », il écrit en 1946 : « le colloque du médecin et du malade est essentiellement un colloque singulier, un duo entre l'être souffrant et celui dont il attend délivrance » (p.13). Le terme singulier insiste sur l'isolement dans lequel se crée la relation et sur le corps-à-corps en jeu : « l'acte médical est un acte singulier – j'entends le mot au sens qu'il a dans 'combat singulier' – c'est-à-dire un acte d'homme à homme » (p.10).

Le colloque singulier est ici conçu comme une cellule d'intimité qui paraît hermétique et coupée du monde. Dans ce lieu quelque peu sacralisé, le *je* et le *tu* de

²¹⁷ Pierre Delion, « Thérapeutiques institutionnelles », *Encyclopédie Médico-Chirurgicale* (Paris: Elsevier Masson, 2001).

²¹⁸ Georges Duhamel, *Paroles de Médecin* (Monaco : Editions du Rocher, 1946).

Ricœur se rencontrent. Mais qu'en est-il du *il* ? Dans une situation où le patient se trouve en état de vulnérabilité, il est de la responsabilité du médecin de l'invoquer. Lui seul sera alors garant de la règle, d'où l'insistance du serment d'Hippocrate et du Code de déontologie médicale sur la probité du médecin. La tâche de ce dernier à soutenir le troisième terme dans la relation de soin n'est pas impossible mais elle est lourde. Certaines défaillances de médecins conduisent parfois à des abus ou à des abandons. Le tiers dans le colloque singulier apparaît fragile et il s'agit de se demander comment le renforcer.

Il nous semble nécessaire de souligner une autre caractéristique de la relation de soin : le jeu particulier des identités en scène. Deux personnes s'y rencontrent mais elles ne laissent voir d'elles-mêmes que ce qui les caractérise de manière très limitative dans le rapport soignant/soigné. La psychologue Martine Ruzniewski²¹⁹ l'écrit clairement :

Si, dès les premiers contacts entre ces deux êtres, la relation paraît clairement définie et apparemment immuable entre l'homme-blessé réduit à déposer son corps souffrant, et le magicien aux dons les plus insensés, c'est que chacun d'eux se croit contraint de ne révéler à l'autre que ce visage imposé, strictement défini, avant de jouer le premier acte de cette pièce tragique dont personne encore ne connaît l'issue. (p.132)

L'auteure souligne deux figures archétypales en présence dans la rencontre : l'homme-blessé et le magicien. Elles correspondent aux représentations communes d'une part de l'identité de malade et d'autre part de l'identité professionnelle du soignant. Ruzniewski poursuit :

C'est pourquoi tous deux, médecin-regardant et malade-regardé, croiront devoir ne laisser transparaître que ce-pour-quoi il y a rencontre à cet instant précis de leur existence, que ce-à-quoi chacun s'attend dans ce rapport basé sur « l'offre et la demande ». Aux antipodes de la position de faiblesse du malade s'imposeront en contrepoint le savoir et la compétence du médecin. Mais à cette image pressentie par le médecin comme une demande implicite et impérieuse du malade dans sa quête incessante de réassurance, répondra en écho la nécessité pour lui-même de devoir renvoyer l'image sécurisante

²¹⁹ Martine Ruzniewski, *Face à la maladie grave - Patients familles soignants* (Paris: Dunod, 1995).

d'une apparente infaillibilité afin d'asseoir et de légitimer la réalité même de son savoir. (p.132)

Il y a donc dans ce jeu, des faux-semblants mais également une profondeur insoupçonnée : celle qui s'ouvre lorsque la subjectivité propre aux acteurs se manifeste. Dans d'autres lieux, Ruzniewski a proposé de considérer, non pas deux personnes dans la rencontre mais quatre personnes. Chaque protagoniste est divisé en deux personnes et la rencontre elle-même se situe à deux niveaux simultanés : entre soignant et malade d'une part et entre deux personnes propres d'autre part. Cette conception a pour avantage de montrer que – quelles que soient les réticences des patients, mais surtout des soignants, à l'admettre – derrière le jeu mis en scène à l'insu de chacun se noue une relation entre deux intimités. Et si au premier niveau, les rapports sont bien codifiés, les affects bien tempérés, les échanges au second niveau sont bien plus hasardeux. Il faut souligner que cette présentation dichotomique des identités en jeu dans la relation ne procède pas seulement d'une réduction à visée didactique mais souligne une réalité psychique potentiellement à l'œuvre : le clivage. En effet le risque qu'encourt le soignant à entrer dans une relation « authentique » avec le patient le conduit parfois à se diviser en établissant un cloisonnement hermétique entre son rôle professionnel et son intimité. Nous pourrions illustrer ce commentaire par le récit d'un échange que nous avons eu il y a quelques années avec un médecin dans un service de Maladies Infectieuses. Nous y intervenions pour aider à la prise en charge d'un homme toxicomane d'une quarantaine d'années. Il souffrait de multiples complications d'un SIDA et son état se dégradait rapidement. Le médecin nous avait paru touché par ce qu'il vivait avec ce patient qui prenait son traitement de manière chaotique, ce qui le mettait en colère. Alors que nous lui demandions comment il allait, sa réaction avait été vive : « Je laisse ces histoires au travail. Quand je pars, je pose ma blouse, et mes patients restent ici. Je ne les ramène pas chez moi ! ». Il nous avait ensuite incidemment dit qu'il souffrait d'importants troubles du sommeil depuis plusieurs semaines. Le médecin abritait ainsi un clivage qui lui permettait de ne pas être envahi par sa relation avec le patient mais qui induisait chez lui des contre-attitudes problématique pour le patient. Notre question était alors venue, involontairement, forcer ce clivage.

Il nous semble que de telles expériences dans le soin sont assez fréquentes et que la disjonction entre identité intime et identité professionnelle qui s'opère chez le soignant répond à un besoin individuel de se protéger. Elle se fait alors au prix d'un certain renoncement au rôle idéal que le soignant s'était imaginé initialement. Mais la disjonction se trouve également fortement déterminée par certaines pratiques ayant cours dans la formation des étudiants et des élèves et qui s'apparentent à des rites d'initiations. Ainsi, pour « s'endurcir » et pour « faire corps », les jeunes soignants doivent-ils traverser certaines épreuves symboliques, parfois brutales et humiliantes, qui vont provoquer en eux une intense mobilisation psychique et induire des mécanismes de défense souvent rigides face à la mort, à la douleur et à la souffrance des patients. Il nous semble qu'il en va par exemple ainsi des dissections de cadavre à un niveau d'étude qui en rend l'intérêt pédagogique faible²²⁰ ou d'exposition des plus jeunes soignants à des situations humaines extrêmes dans le soin. L'anthropologue Marie-Christine Pouchelle²²¹ évoque ainsi plusieurs histoires observées à l'hôpital et souligne leurs conséquences pour les patients et les soignants. Au sujet d'un soin particulièrement douloureux pratiqué sur un enfant et dont le sens ne pouvait être compris par l'élève infirmière invitée à y participer, elle écrit :

C'est pour certaines débutantes une découverte parfois traumatisante, surtout lorsqu'elles sont témoins de comportements qui sont à l'opposé de ce qu'elles imaginaient. (...) Faire corps avec le malade dans ce genre de situation, c'est s'exclure du milieu professionnel. La néophyte a-t-elle vraiment le choix ? *Il ne lui reste plus, bien souvent, qu'à se blinder le plus vite possible en développant un clivage intérieur suffisamment étanche*²²². Quitte à rêver de transformer un jour le système, si elle se retrouve aux commandes. (p.216)

Le clivage est ainsi un mécanisme intrapsychique de défense pour le soignant, mais également pour le patient, et dans la rencontre, ces mécanismes s'entendent parfois très bien à leurs dépens ! Soulignons que les mécanismes de défense ne sont

²²⁰ Anna Madill et Garry Latchford, « Identity change and the human dissection experience over the first year of medical training », *Social Science & Medicine* 60 (2005) : 1637-47.

²²¹ Marie-Christine Pouchelle, *L'hôpital corps et âme. Essais d'anthropologie hospitalière* (Paris : Seli Arslan, 2003).

²²² Souligné par nous.

pas mauvais en soi, ils sont même indispensables. Ils servent de régulateurs des conflits intrapsychiques et des émergences pulsionnelles dans le rapport à l'autre. Ils rendent par-là possible la relation. Mais parmi ces mécanismes, certains sont plus souples et d'autres plus toxiques. Le clivage fait partie de ces derniers et ne peut pas être porté longtemps par le sujet sans qu'il ait à en payer un prix élevé.

2. L'expérience des soignants dans la littérature scientifique

L'engagement dans une profession du soin répond à des motivations positives des futurs soignants, à un désir. Ce choix peut être déterminé par une multitude de causes possibles dont certaines sont conscientes et d'autres inconscientes. Il peut avoir fait chez certains l'objet d'une délibération complexe quand d'autres se seront inscrits dans leurs études dans un sentiment de contrainte ou « par hasard ». Dans les discours des étudiants, les raisons invoquées pour leur choix professionnel vont de l'appel, de la vocation transcendante jusqu'aux calculs logiques les plus froids²²³. Les motivations conscientes les plus classiques sont la volonté de faire le bien, de soulager l'autre de ses souffrances, de lutter contre les injustices de la vie et de la société, de prendre de soin de telle ou telle catégorie particulière de personnes (les enfants, les personnes polyhandicapées ou souffrant de troubles psychiques...), mais aussi le souhait d'occuper une place sociale reconnue ou de s'assurer un revenu suffisant et régulier. Au plan inconscient, les motivations sont tout aussi diverses et plus délicates à percevoir pour le soignant lui-même. Elles ont pourtant un effet puissant sur les attitudes de celui-ci face aux patients. Le désir de « réparation » est par exemple un mobile inconscient fréquemment souligné par les psychanalystes²²⁴. Ce besoin de réparer l'autre en souffrance peut répondre à une identification précoce à un parent, un frère ou une sœur malades mais aussi à une culpabilité résultant de ses propres désirs d'attaquer cet autre malade parce qu'il

²²³ Voir par exemple : Gail Geller, Ruth R Faden, et David M Levine, « Tolerance for Ambiguity among Medical Students: Implications for Their Selection, Training and Practice », *Social Science & Medicine* 31, n° 5 (1990): 619-24, doi:10.1016/0277-9536(90)90098-D.

²²⁴ Voir par exemple : Mélanie Klein, « Sur la théorie de l'angoisse et de la culpabilité », in *Développements de la psychanalyse*, par Mélanie Klein et al., 4e édition (1946) (Paris: Presses Universitaires de France - PUF, 1980), 254-73.

nous fait souffrir, ne nous aime pas comme nous le voudrions, préoccupé qu'il est par ses besoins propres. Bien évidemment, chaque soignant a une histoire personnelle et des raisons de s'engager dans la profession différentes et singulières, et l'évocation des mobiles inconscients à l'œuvre est ici succincte et schématique. Notre propos n'est pas ici de les analyser en profondeur, mais de souligner que l'engagement soignant est très fréquemment lié à des complexes inconscients auxquels s'attachent souvent une certaine tristesse et une certaine douleur.

Certains auteurs parlent ainsi volontiers de « soignants blessés »²²⁵. Ce terme a été employé à l'origine par Carl Gustav Jung²²⁶ au sujet des psychanalystes afin de souligner l'ancrage des capacités thérapeutiques de ces derniers dans leurs souffrances propres. La littérature scientifique internationale rend compte de quelques études sur le sujet. Des articles comme ceux de Zerubavel²²⁷ ou Daneault²²⁸ soulignent la richesse de données épidémiologiques concernant la souffrance psychique des soignants. Dans ce corpus, cette souffrance est évaluée en termes de prévalence de troubles psychiques et de gestes suicidaires. Ainsi troubles anxio-dépressifs, troubles addictifs et suicidalité sont des occurrences nettement plus fréquentes parmi les soignants qu'en population générale^{229,230,231,232}.

Le lien entre l'histoire personnelle du soignant, ses motivations à soigner et son expérience dans le soin se retrouve dans les observations qui portent sur les attitudes des soignants vis-à-vis des patients et sur leurs contre-attitudes, mais également, lorsque la valeur défensive de ces dernières est débordée, dans leur souffrance au travail et leur épuisement professionnel – *burnout*.

²²⁵ Eileen M McGee, « The Healing Circle : Resiliency in Nurses », *Issues in Mental Health Nursing* 27, n° 1 (2006) : 43-57, doi :10.1080/01612840500312837.

²²⁶ Carl Gustav Jung, *Psychologie de l'inconscient* (1913) (Genève: Librairie de l'Université: Georg et Cie, 1952).

²²⁷ Noga Zerubavel et Margaret O'Dougherty Wright, « The Dilemma of the Wounded Healer », *Psychotherapy (Chicago, Ill.)* 49, n° 4 (2012) : 482-491, doi :10.1037/a0027824.

²²⁸ Serge Daneault, « The wounded healer », *Canadian Family Physician* 54, n° 9 (2008): 1218-19.

²²⁹ Eva Schernhammer, « Taking Their Own Lives - the High Rate of Physician Suicide », *The New England Journal of Medicine* 352, n° 24 (2005): 2473-76, doi:10.1056/NEJMp058014.

²³⁰ Claudia Center et al., « Confronting Depression and Suicide in Physicians: A Consensus Statement », *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 289, n° 23 (2003): 3161-66, doi:10.1001/jama.289.23.3161.

²³¹ Keith Hawton et Lisa Vislisl, « Suicide in Nurses », *Suicide & Life-Threatening Behavior* 29, n° 1 (1999): 86-95, doi:10.1111/j.1943-278X.1999.tb00765.x.

²³² Edgar Voltmer et al., « Psychosocial Health Risk Factors and Resources of Medical Students and Physicians : A Cross-Sectional Study », *BMC Medical Education* 8 (2008) : 46, doi :10.1186/1472-6920-8-46.

2.1. Les attitudes

Nous avons souligné dans une publication récente²³³ la persistance des représentations sociales péjoratives pesant sur les personnes addictées. Les études statistiques en population générale^{234,235} montrent en effet que certaines affirmations contenant un jugement moral négatif à l'égard de ces dernières sont fortement représentées. Elles condamnent alors la faiblesse de la volonté de ces personnes et leur responsabilité principale dans leur condition, ainsi que leur dangerosité pour leur entourage et la société. D'autres affirmations plus indulgentes, « compréhensives » tendent à diminuer en fréquence au fil des années. Ces jugements constituent un élément important de la stigmatisation qui pèse sur les personnes addictées. De nombreuses études internationales ont montré que d'autres caractéristiques propres à ces personnes et souvent associées à l'addiction avaient un effet aggravant sur le regard porté sur elles : l'infection virale co-occurrence (VIH, VHC)²³⁶ ou le trouble psychiatrique associé^{237,238}, l'orientation sexuelle²³⁹ ou encore l'appartenance à une culture minoritaire²⁴⁰. Ses représentations de sens commun, largement présentes par définition dans le grand

²³³ Aymeric Reyre et al., « Care and Prejudice: Moving beyond Mistrust in the Care Relationship with Addicted Patients », *Medicine, Health Care, and Philosophy* 17, n° 2 (2014): 183-90, doi:10.1007/s11019-013-9533-x.

²³⁴ Beck, Legleye, et Peretti-Watel, *Penser les drogues: Perceptions des produits et des politiques publiques*, EROPP 2002.

²³⁵ Costes et al., « Dix ans d'évolution des perceptions et des opinions des Français sur les drogues ».

²³⁶ Honoria Guarino et al., « The social production of substance abuse and HIV/HCV risk : an exploratory study of opioid-using immigrants from the former Soviet Union living in New York City », *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy* 7, n° 2 (2012) : 1-14, doi :10.1186/1747-597X-7-2.

²³⁷ Jennifer Ahern, Jennifer Stuber, et Sandro Galea, « Stigma, discrimination and the health of illicit drug users », *Drug and alcohol dependence* 88, n° 2-3 (2007): 188-96, doi:10.1016/j.drugalcdep.2006.10.014.

²³⁸ Catriona Ralley et al., « The use of the repertory grid technique to examine staff beliefs about clients with dual diagnosis », *Clinical psychology & psychotherapy* 16, n° 2 (2009): 148-58, doi:10.1002/cpp.606.

²³⁹ Shirley J. Semple et al., « Factors associated with experiences of stigma in a sample of HIV-positive, methamphetamine-using men who have sex with men », *Drug and Alcohol Dependence* 125, n° 1-2 (2012): 154-59, doi:10.1016/j.drugalcdep.2012.04.007.

²⁴⁰ Sandra E. Larios et al., « Evidence-based practices, attitudes, and beliefs in substance abuse treatment programs serving American Indians and Alaska Natives: a qualitative study », *Journal of psychoactive drugs* 43, n° 4 (2011): 355-59.

public le sont également chez les soignants^{241,242}. Leur force dépend alors de l'expérience des soignants et de leur formation. Il est tout aussi important de noter que ces représentations se retrouvent chez les personnes addictées elles-mêmes²⁴³.

Cette littérature portant sur les représentations sociales et la stigmatisation dans le champ du soin des addictions doit être complétée par celle qui porte sur les *attitudes* des soignants dans cette pratique. Le terme anglais d'*attitude* renvoie à la dimension individuelle du rapport des soignants aux représentations sociales. Dans un article à paraître, à propos de l'étude EthNaA que nous présentons plus loin, Raphaël Jeannin²⁴⁴ fait état de la littérature actuelle sur les *attitudes* des soignants envers les personnes addictées. Gilchrist²⁴⁵ a réalisé une étude dans plusieurs pays d'Europe comparant le plaisir et l'intérêt à travailler auprès de trois catégories de patients : les patients addictés, les patients déprimés et les patients diabétiques. Il en ressort que les patients addictés représentent, dans tous les pays d'étude, la population la moins « désirable » pour les soignants. Il existe des différences liées aux histoires et cultures nationales, mais de façon homogène la sévérité du regard des soignants est corrélée négativement à leur degré de spécialisation dans le domaine des addictions, ainsi qu'avec le degré d'acceptation sociale et de légalité des produits consommés. Cette étude a également comme intérêt d'avoir interrogé plusieurs corps professionnels participant au soin des addictions : médecins généralistes, psychiatres, infirmiers, psychologues et travailleurs sociaux. Le moindre intérêt pour le soin des patients addictés était partagé par l'ensemble de ces soignants. On trouve la confirmation de cette diffusion des *attitudes* négatives dans les différentes professions du soin dans plusieurs études : chez les

²⁴¹ Ralley et al., « The use of the repertory grid technique to examine staff beliefs about clients with dual diagnosis ».

²⁴² Birgitte Thylstrup et Morten Hesse, « Substance abusers' personality disorders and staff members' emotional reactions », *BMC Psychiatry* 8, n° 21 (2008), doi :10.1186/1471-244X-8-21.

²⁴³ Olivier Taïeb et al., « Impact of migration on explanatory models of illness and addiction severity in patients with drug dependence in a Paris suburb », *Substance Use & Misuse* 47, n° 4 (2012): 347-55, doi:10.3109/10826084.2011.639841.

²⁴⁴ Raphaël Jeannin et al., « “We addicts all have something of Jim in us”: A caregiver-patient narrative study on the representations of addicted individuals using a fragment from “Lord Jim” », *Soumis à Qualitative Health Research*, s. d.

²⁴⁵ Gail Gilchrist et al., « Staff Regard towards Working with Substance Users: A European Multi-Centre Study », *Addiction* 106, n° 6 (2011): 1114-25, doi:10.1111/j.1360-0443.2011.03407.x.

infirmiers^{246,247,248,249}, les médecins généralistes^{250,251}, les psychiatres²⁵² et les pharmaciens²⁵³. Classiquement, ces *attitudes* dépendent de l'âge des soignants, de leurs croyances personnelles par rapport aux addictions, de leur formation et de la qualité de leur environnement professionnel.

Ces *attitudes* négatives ont des effets problématiques qui sont repérés par les études. Elles réduisent l'intérêt des soignants et leur engagement auprès des patients²⁵⁴, elles altèrent le repérage de difficultés addictives des patients^{255,256}, elles rendent plus difficile leur accès au soin²⁵⁷ et diminuent la qualité des soins réalisés²⁵⁸.

²⁴⁶ Matthew O. Howard et Sulki S. Chung, « Nurses' Attitudes toward Substance Misusers. II. Experiments and Studies Comparing Nurses to Other Groups », *Substance Use & Misuse* 35, n° 4 (2000): 503-32.

²⁴⁷ John H Foster et C. Onyeukwu, « The Attitudes of Forensic Nurses to Substance Using Service Users », *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 10, n° 5 (2003): 578-84, doi:10.1046/j.1365-2850.2003.00663.x.

²⁴⁸ Cara Elizabeth Crothers et Jillian Dorrian, « Determinants of Nurses' Attitudes toward the Care of Patients with Alcohol Problems », *ISRN Nursing*, 2011, Article ID 821514, doi:10.5402/2011/821514.

²⁴⁹ Rosemary Ford, « Interpersonal Challenges as a Constraint on Care: The Experience of Nurses' Care of Patients Who Use Illicit Drugs », *Contemporary Nurse* 37, n° 2 (2011): 241-52, doi:10.5172/conu.2011.37.2.241.

²⁵⁰ David Jacka et al., « Attitudes and Practices of General Practitioners Training to Work with Drug-Using Patients », *Drug and Alcohol Review* 18, n° 3 (1999): 287-91, doi:10.1080/09595239996428.

²⁵¹ Alistair McKeown, Catriona Matheson, et Christine Bond, « A Qualitative Study of GPs' Attitudes to Drug Misusers and Drug Misuse Services in Primary Care », *Family Practice* 20, n° 2 (2003): 120-25.

²⁵² Digby Tantam et al., « Do General Practitioners and General Psychiatrists Want to Look after Drug Misusers? Evaluation of a Non-Specialist Treatment Policy », *The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners* 43, n° 376 (1993): 470-74.

²⁵³ Janie Sheridan et al., « Role of Community Pharmacies in Relation to HIV Prevention and Drug Misuse: Findings from the 1995 National Survey in England and Wales », *BMJ (Clinical Research Ed.)* 313, n° 7052 (1996): 272-74.

²⁵⁴ Gilchrist et al., « Staff Regard towards Working with Substance Users ». op.cit.

²⁵⁵ Riitta Lappalainen-Lehto, Kaija Seppä, et Isto Nordback, « Cutting down Substance Abuse--Present State and Visions among Surgeons and Nurses », *Addictive Behaviors* 30, n° 5 (2005): 1013-18, doi:10.1016/j.addbeh.2004.09.002.

²⁵⁶ Jacka et al., « Attitudes and Practices of General Practitioners Training to Work with Drug-Using Patients ».

²⁵⁷ Joanne Neale, Charlotte Tompkins, et Laura Sheard, « Barriers to Accessing Generic Health and Social Care Services: A Qualitative Study of Injecting Drug Users », *Health & Social Care in the Community* 16, n° 2 (2008): 147-54, doi:10.1111/j.1365-2524.2007.00739.x.

²⁵⁸ Alex Baldacchino et al., « Guilty until Proven Innocent: A Qualitative Study of the Management of Chronic Non-Cancer Pain among Patients with a History of Substance Abuse », *Addictive Behaviors* 35, n° 3 (2010): 270-72, doi:10.1016/j.addbeh.2009.10.008.

2.2. Les contre-attitudes

Avec la notion de contre-attitude, nous revenons dans une conception psychodynamique de la relation de soin. Ces contre-attitudes ne répondent pas aux attitudes dont il vient d'être question. Il s'agit plutôt du même phénomène observé à un niveau différent. Dans cette logique dynamique, les contre-attitudes des soignants répondent aux attitudes des patients suivant la logique psychanalytique des mouvements transféro-contre-transférentiels. Leur contenu et leur force dépend logiquement de l'histoire du soignant, de ses motivations à s'engager dans une profession du soin et de son adhésion aux divers regards socio-culturels sur les addictions. Mais le terme de contre-attitude, comme celui de contre-transfert met l'accent sur les mouvements psychiques qui se mettent en place dans la rencontre entre soignant et patient et dont l'analogie physique serait le principe d'action-réaction. À l'investissement affectif du patient (qu'il faut reconnaître comme existant dans toute relation de soin) répond un contre-investissement du soignant (dont la reconnaissance, sans doute plus ardue, est tout aussi nécessaire). Les contre-attitudes des soignants en sont l'expression, plus ou moins facilement accessible à l'observation. Elles trouvent donc leur appui sur des affects émergeant chez le soignant dans sa relation avec le patient, le plus souvent sans qu'il puisse s'en rendre compte lui-même.

Il a déjà été question dans notre première partie des éprouvés singuliers des soignants dans les relations avec les patients addictés et nous les avons évoqués dans des travaux antérieurs^{259,260}. Comme le souligne Alain Morel²⁶¹, ces éprouvés sont intenses : « Les personnes dépendantes en général provoquent en nous des mouvements affectifs souvent massifs » (p.205). Nous présenterons ici un éventail large mais non exhaustif des contre-attitudes qui s'étaient sur ces mouvements affectifs. Jean-Paul Descombey²⁶², psychiatre psychanalyste spécialiste des problématiques d'addiction à l'alcool, en a dressé une cartographie organisée en

²⁵⁹ Aymeric Reyre, « La rencontre de soin avec le patient toxicomane, ou comment faire en contexte de défiance », in *Traité de bioéthique*, par Emmanuel Hirsch, vol. 3, 3 vol., Espace éthique (Paris: Erès, 2010).

²⁶⁰ Aymeric Reyre et al., « In-quiétude et souci de soi comme éthique dans les relations thérapeutiques avec les patients addictés », *Psychotropes* 16, n° 1 (2010): 9-19, doi:10.3917/psyt.161.0009.

²⁶¹ Morel, Hervé, et Fontaine, *Soigner les toxicomanes*. op.cit.

²⁶² Jean-Paul Descombey, *Précis d'alcoologie clinique* (Paris: Dunod, 2003).

deux pôles, le rejet et l'activisme, et divisée en contre-attitudes négatives et positives. Ces attributs se réfèrent à la qualité *apparente* du mouvement du soignant vers le patient : négative quand il apparaît comme une dégradation de son investissement relationnel, positive lorsque cet investissement semble renforcé.

Les contre-attitudes « négatives »

Elles correspondent aux divers mouvements de rejet possiblement portés par le soignant : dégoût, ennui, dépression, inquisition, colère voire haine. Les éprouvés de *dégoût* sont fréquents et peuvent être intenses. Ils surviennent par exemple face à l'odeur des patients incuriés ou alcoolisés, face au corps scarifiés, mutilés ou infectés, face à des actes délictueux ou des comportements de violence de certains patients vis-à-vis de leur famille ou encore lorsque la nature du patient apparaît au soignant comme une mollesse, une faiblesse, une dégénérescence. L'*ennui* peut envahir les soignants lassés par les conduites répétitives d'addiction et de mise en danger des patients, par l'apparente immuabilité de leur fonctionnement relationnel, ou par la « circularité » de leur discours souvent considéré comme pauvre et inhabité. La *dépression* peut aussi tomber sur le soignant.

Certes, ces malades dits, classiquement déjà, décevants et déçus ne nous comblent pas : sensations d'abattement, d'épreuve. Le plaisir de la prise de conscience n'est pas fréquent chez les patients et ne rebondi guère sur le thérapeute. Celui-ci risque de se sentir impuissant, incapable, de s'auto-déprécier (...). (p.97)

La rivalité, pour gagner l'investissement du patient, qui s'instaure entre le produit et le soignant et le plus souvent en défaveur de ce dernier. La puissance est du côté du produit et cela laisse le soignant blessé voire amputé dans ce qui fonde son identité. Les mouvements d'*inquisition* des soignants sont également présents et les conduisent à vouloir tout savoir de leur patient, tout vérifier et tout contrôler dans une tentative de saisir ce qui leur échappe. Ils reproduisent souvent par là des positions parentales connues des patients.

Enfin, les occasions de colère sont multiples et liées à toutes sortes de petits conflits dans la relation de soin, mais elles peuvent être support d'ajustement et de mobilisation pour les protagonistes. Plus problématique est la haine, sa radicalité

destructrice et sa discrétion qui la soustrait aisément au regard du patient comme des soignants. Descombey la voit à l'œuvre dans :

des conduites dont le caractère thérapeutique ou se voulant tel cache mal le fondement sadique : propos agressifs mal contrôlés, désir de confondre le sujet, et ceci, au besoin, chose pire, devant ses proches, par ces confrontations qui se veulent dynamiques et thérapeutiques et sont tout simplement meurtrières. (p.95)

On pense aussi à certaines exclusions « disciplinaires », à certains refus de prescription ou encore à la problématique de l'antalgie chez les patients douloureux et addicts aux opiacés. Descombey reconnaît que parler de haine dans la relation qui s'établit entre patient et soignant a quelque chose d'embarrassant voire de choquant. Il insiste pourtant sur son caractère inévitable dans la clinique des addictions et sur la nécessité de la repérer pour en contenir les effets. Même si, parfois, les patients provoquent inconsciemment la haine chez le soignant, ils en ressentent toujours l'expression douloureusement : « Ils ressentent dans la relation thérapeutique, à la différence des névrosés, chaleur, confort (et haine) non comme des symboles (...) mais comme expression directe de ceux-ci ». (p.96)

D'une manière générale, ces diverses contre-attitudes, quand elles ne sont pas perçues par les soignants, s'accompagnent de rationalisations, de banalisations ou de discours idéologiques qui renvoient le patient hors du champ des relations désirables pour le soignant. Comme le souligne Morel²⁶³, ces contre-attitudes se retrouvent également à un niveau groupal, au sein des institutions et peuvent rigidifier leur fonctionnement :

Non analysées, ces réactions aboutissent généralement à se mettre en compétition avec la drogue et à bâtir une batterie de règlements destinés à protéger les soignants plus qu'à aider les patients. Toute ré-intoxication, quelle qu'en soit la raison, est alors vécue comme un échec, un désaveu, une mise en cause personnelle, justifiant un rejet. C'est le sens que prennent souvent ces « vidages » collectifs qui émaillent la vie de certaines institutions, le mot collectif marquant bien que l'individu passe au second plan. » (p.205)

²⁶³ Morel, Hervé, et Fontaine, *Soigner les toxicomanes*. op.cit.

Les contre-attitudes « positives »

Parce qu'ils ont l'apparence d'un investissement fort de la relation avec le patient, le caractère délétère de ces mouvements est plus délicat à percevoir. En effet, certaines postions de paternage et de maternage ou encore de fascination et de connivence relèvent des mêmes problématiques que les contre-attitudes de rejet et conduisent aux mêmes effets. Descombey²⁶⁴ évoque ainsi les positions d'autorité « bonasse, moralisatrice et inspirée de bon sens »²⁶⁵ qui ne sont pas entendues par le patient et passent « à côté » de sa souffrance tout en le retenant dans des liens serrés. Certaines conduites singulières de maternage sont observées : dons illimités de bonnes choses qui visent à satisfaire le vide perçu chez le patient, dans un désir d'être aussi puissant que le produit. Enfin, la fascination prend fréquemment les soignants face à la gravité des situations des patients, à leur appartenance à un monde dont eux, soignants, sont exclus ou face à la puissance des produits qui exercent sur eux également une séduction. Cette fascination peut entraîner une focalisation de l'attention des soignants sur le produit uniquement et sur sa gestion, envahissant par ses aspects concrets la totalité de l'espace relationnel. Elle peut aussi conduire à une connivence du soignant avec le patient, les rapprochant dans une position indifférenciée devenant rapidement intenable.

Il est important ici de souligner encore l'aspect dynamique des mouvements affectifs et des contre-attitudes qu'ils entraînent. Ils sont variables dans le temps et singuliers pour chaque rencontre, même si certains soignants ou institutions, trop envahis par eux et en incapacité de les percevoir et de les « traiter », sont pris par une répétition sans fin – et généralement pénible pour patients et soignants – des mêmes contre-attitudes. La dynamique se trouve également dans l'échange qu'ils constituent avec le patient. Toutefois, faute de compréhension et d'élaboration commune, cet échange s'oppose à l'établissement d'une relation de soin. Servant les intérêts inconscients de certaines parties du psychisme du patient comme du soignant, il prend la forme d'un pacte qui œuvre secrètement à la préservation de l'économie psychique pathogène du patient. Maintenant une distance radicale dans

²⁶⁴ Descombey, *Précis d'alcoologie clinique*. op.cit.

²⁶⁵ On pense ici au discours du médecin-chef de la maison de cure dans le film « Le feu follet » (Louis Malle, 1963).

la proximité du lien, il assure alors l'établissement de ce qu'António Francisco Mendes Pedro²⁶⁶ appelle une « relation impersonnelle ». Déterminée typiquement par des patients dont l'investissement affectif du soignant tend à nier son existence propre en tant que sujet unifié et différencié, elle entraîne chez ce dernier une difficulté majeure à penser et à s'identifier au patient.

2.3. *Le burnout*

Dans le domaine du soin des addictions, il existe peu d'information sur les motivations à soigner. Une étude publiée en 2012 par Kenneth Rasinski²⁶⁷ souligne par exemple que les médecins qui s'intéressent plus volontiers aux troubles addictifs sont ceux qui disent avoir choisi leur métier par vocation. Il est en revanche nettement plus aisé de trouver des données sur le malaise des soignants dans cette pratique. Qu'il s'agisse de médecins, d'infirmières ou de travailleurs sociaux, de nombreuses études se sont intéressées à leur exposition à l'épuisement professionnel, au *burnout*. Les mesures de ce syndrome montrent une vulnérabilité accrue des professionnels travaillant dans le champ des addictions pour rapport à d'autres pratiques soignantes²⁶⁸. Depuis 1987, une vingtaine d'études quantitatives a été réalisée sur le thème du *burnout* des travailleurs dans le champ des addictions. La dernière revue de la littérature exhaustive réalisée par Lacoursière²⁶⁹ remonte à 2001. Ce travail reprend les résultats de sept études sur une période de quinze ans. Il fait apparaître que les variables statistiquement corrélées à un plus fort niveau de *burnout* (évalué le plus souvent par le Maslach Burnout Inventory - MBI) concernent les caractéristiques des professionnels et de leur contexte de travail. Ainsi des éléments comme le jeune âge et la faible expérience du professionnel, ses faibles capacités d'adaptation et l'existence de stress extra-professionnels l'exposent plus au risque de *burnout*. À l'inverse, il est protégé par son

²⁶⁶ Antonio Francisco Mendes Pedro, « Narcissisme et états toxicomaniaques : la relation impersonnelle », in *Anorexie, addictions et fragilités narcissiques*, par Vladimir Marinov (Paris: Presses Universitaires de France (puf), 2002), 115-30.

²⁶⁷ Kenneth A Rasinski et al., « A Sense of Calling and Primary Care Physicians' Satisfaction in Treating Smoking, Alcoholism, and Obesity », *Archives of Internal Medicine* 172, n° 18 (2012): 1423-24, doi:10.1001/archinternmed.2012.3269.

²⁶⁸ Roger Farmer, « Stress and working with drug misusers », *Addiction Research* 3 (1995): 113-22.

²⁶⁹ Roy B. Lacoursiere, « "Burnout" and Substance User Treatment: The Phenomenon and the Administrator-Clinician's Experience », *Substance Use & Misuse* 36, n° 13 (2001): 1839-74.

investissement du travail, par son expérience et le soutien social dont il bénéficie. Il est également plus exposé du fait d'une pression forte liée à la charge de travail et par un environnement peu clair en terme de législation et de politiques publiques. En revanche, une organisation claire et impliquée de la structure au sein de laquelle il exerce et l'implication de l'encadrement dans le travail ont un effet protecteur.

Les études ultérieures confirment ces éléments tout en les complétant. Leurs résultats sont résumés dans le tableau I.

Ogborne²⁷⁰ rappelle que les professionnels du champ des addictions sont soumis à de nombreux facteurs de stress entraînant un taux important de *burnout*. Il insiste toutefois sur le fait que la satisfaction à travailler et l'engagement sont élevés malgré le fait que les perspectives de carrière sont limitées et les salaires bas. Il a réalisé une étude au Canada sur 705 *counselors*²⁷¹. Il en ressort que ces professionnels sont largement satisfaits et engagés dans leur pratique quotidienne mais qu'une proportion importante d'entre eux se sent parfois trop fatiguée émotionnellement (32%) et craint le *burnout* (18%). Ils sont également relativement nombreux à craindre la violence des patients (22%) et la perte de leur emploi (38%). Les facteurs protecteurs qui donnent envie aux professionnels de poursuivre leurs activités sont la satisfaction au travail et une exposition moindre au stress, mais aussi le fait de suivre des enseignements spécialisés, le soutien des pairs et de la famille ainsi que le sentiment que les patients ont besoin d'eux. Dans cette étude, l'âge est protecteur et un niveau d'étude élevé est un facteur de risque.

Shoptaw²⁷² s'est intéressé à la population particulière des professionnels accompagnant des usagers de substances psychoactives séropositifs au VIH à la fin des années 1990. Compte tenu des réalités sanitaires d'alors, ces intervenants travaillaient auprès de personnes très malades et les voyaient régulièrement mourir. Cet élément désigné comme un facteur de stress majeur est associé à des rechutes fréquentes des patients dans leurs addictions et à un faible engagement dans les soins donnant aux professionnels le sentiment d'être peu efficaces voire inutiles.

²⁷⁰ Alan C. Ogborne, Kathy Braun, et Gail Schmidt, « Working in Addictions Treatment Services: Some Views of a Sample of Service Providers in Ontario », *Substance Use & Misuse* 33, n° 12 (1998): 2425-40.

²⁷¹ Il s'agit de travailleurs sociaux peu diplômés, souvent anciens addicts.

²⁷² Steven Shoptaw, Judith A. Stein, et Richard A. Rawson, « Burnout in Substance Abuse Counselors. Impact of Environment, Attitudes, and Clients with HIV », *Journal of Substance Abuse Treatment* 19, n° 2 (2000): 117-26.

L'auteur rappelle que ces derniers, dans le champ des addictions, se sentent peu soutenus par leur institution et la société, mal reconnus et peu payés et qu'ils n'ont que peu le sentiment d'être autonomes dans leurs activités. Mais il ajoute que le fait de travailler avec des patients séropositifs au VIH expose à d'autres « stressseurs » comme le stigma qui pèse sur les patients, la peur de la contagion, l'homophobie et la crainte de la mort des patients. Shoptaw rappelle les études qui indiquent que participer à des groupes de pairs aide les professionnels tout en soulignant que dans la population particulière qui l'intéresse, peu d'intervenants accèdent à ces groupes. De même, ils sont nombreux à ne pas avoir de formation spécifique. Son étude porte sur 134 *counselors* aux États-Unis. Dans ses résultats, les facteurs associés à un score de *burnout* élevé sont une proportion importante de patients séropositifs au VIH dans sa patientèle, un faible sentiment d'efficacité et un faible support par le milieu professionnel. À l'inverse, un niveau élevé d'éducation, de sentiment d'un travail efficace et de perception d'un environnement professionnel soutenant est protecteur. L'auteur souligne l'importance de ce dernier point en indiquant la nécessité d'adapter les environnements de soin pour les rendre plus sécurisant pour les professionnels.

Knudsen²⁷³ a réalisé une étude de grande ampleur sur les intervenants professionnels en communauté thérapeutique aux États-Unis. Il souligne que l'épuisement émotionnel, composante majeure de la modélisation du *burnout* par Maslach, est associé à une diminution des performances professionnelles et de la satisfaction des patients ainsi qu'à une prévalence plus forte de maladies et de troubles psychiques. L'épuisement émotionnel est « contagieux » dans une équipe et conduit à un *turnover* excessif. Parmi les facteurs déterminants de cet épuisement, l'auteur distingue ceux qui relèvent de l'environnement du soin : exigence de plus d'efficacité avec moins de moyens et accroissement du contrôle évaluatif ; et ceux qui ont trait à la nature du travail en communauté thérapeutique. Celui-ci repose sur la construction d'une relation d'aide interpersonnelle. Il implique donc un investissement émotionnel important de l'intervenant auprès de patients qui ne sont pas nécessairement volontaires pour les soins, présentent des

²⁷³ Hannah K Knudsen, Lori J Ducharme, et Paul M Roman, « Counselor Emotional Exhaustion and Turnover Intention in Therapeutic Communities », *Journal of Substance Abuse Treatment* 31, n° 2 (septembre 2006): 173-80, doi:10.1016/j.jsat.2006.04.003.

situations cliniques complexes et graves et rechutant fréquemment. Knudsen précise qu'il est difficile d'agir sur les éléments liés à la relation, mais que ceux qui concernent l'organisation de la structure d'aide peuvent être modifiés relativement facilement. Il s'intéresse donc aux modalités de gouvernances des structures (centralisée/participative) et à la perception des professionnels de la justice de leur organisation (justice participative et justice procédurale). Il montre dans ses résultats que les structures dirigées sur un mode centralisé connaissent un niveau d'épuisement émotionnel plus élevé parmi leurs intervenants alors que celles qui offrent un sentiment plus grand de justice participative et procédurale sont protectrices vis-à-vis du risque de *burnout* et qu'elles sont moins affectées par le *turnover*.

Oyefeso²⁷⁴ souligne dans ses résultats que les facteurs liés aux conditions de travail ne suffisent pas à expliquer l'importance du phénomène de *burnout* et que les facteurs de vulnérabilité personnels doivent être pris en compte. Concernant le contexte professionnel, l'auteur met en évidence qu'un sentiment de faible maîtrise de son action et lié à une perception d'une forte aliénation au travail et à un niveau de *burnout* plus élevé.

Broome²⁷⁵ part du constat d'un contexte du soin complexe et dégradé aux États-Unis : instabilité administrative, technocratie très lourde et turnover excessif dans les équipes d'aide aux personnes addictées. Il observe dans son étude que la charge de travail trop lourde, dans ce contexte, élève le niveau de *burnout*, alors qu'un sentiment de justice dans la manière de répartir les tâches et la qualité du leader d'équipe l'abaissent. Incidemment, il montre que le suivi de patients sous contrainte de justice est associé à un niveau moindre de stress professionnel. Il interprète ce résultat comme la conséquence d'un exercice professionnel dans un cadre prédéfini et rigoureux.

²⁷⁴ Adenekan Oyefeso, Carmel Clancy, et Roger Farmer, « Prevalence and Associated Factors in Burnout and Psychological Morbidity among Substance Misuse Professionals », *BMC Health Services Research* 8, n° 1 (2008) : 39, doi :10.1186/1472-6963-8-39.

²⁷⁵ Kirk M Broome et al., « Leadership, Burnout, and Job Satisfaction in Outpatient Drug-Free Treatment Programs », *Journal of Substance Abuse Treatment* 37, n° 2 (2009): 160-70, doi:10.1016/j.jsat.2008.12.002.

Vilardaga²⁷⁶ souligne l'effet d'épuisement lié à une contraction des moyens financiers, à l'instabilité des politiques publiques, à la diminution des salaires et des perspectives de carrière, à la surcharge de tâches administratives mais aussi à la complexité des situations des patients, aux rechutes fréquentes qu'ils connaissent et à l'association fréquente des consommations addictives avec des troubles psychiatriques. Il montre dans ses résultats l'importance d'une forme de soin apportée aux soignants (en l'occurrence la thérapie en pleine conscience – *mindfulness*) pour réduire le niveau de *burnout* et par là diminuer le *turnover* des professionnels et améliorer la qualité de la relation d'aide.

Landrum²⁷⁷ s'est intéressé aux rapports entre burnout, stress organisationnel et engagement des patients dans le soin. Il souligne en effet que la sévérité de l'addiction et la résistance aux changements sont des facteurs qui limitent l'implication des patients dans les soins, mais qu'il en va de même pour la qualité de l'organisation de la structure d'aide et pour la perception que les professionnels eux-mêmes ont de celle-ci. Il lie ainsi *burnout* des professionnels et faible implication des patients. Il rappelle que le burnout est lié au manque de ressources financières et cliniques et à la charge de travail excessive, mais aussi au déni et à la minimisation des consommations par les patients et au stress émotionnel lié à la relation interpersonnelle d'aide, à l'hostilité de certains patients et à la fréquence de troubles psychiatriques. Il en résulte, du côté des professionnels, une augmentation des pathologies physiques et psychiques, une baisse d'efficacité au travail, un absentéisme et un turnover excessif au sein des équipes, et du côté des patients, un plus faible engagement et une diminution du sentiment de satisfaction vis-à-vis des soins apportés. Il montre dans ses résultats que la qualité du fonctionnement d'une structure de soin a un effet sur la satisfaction des patients et leur implication dans les soins. Le sentiment qu'a le professionnel d'être écouté par ses collègues et d'avoir une influence dans le fonctionnement de l'équipe mais aussi la qualité du partage des savoirs au sein de celle-ci sont des éléments protecteurs. Selon l'auteur, dans un contexte favorable de ce type, une plus grande charge de travail donne un

²⁷⁶ Roger Vilardaga et al., « Burnout among the Addiction Counseling Workforce: The Differential Roles of Mindfulness and Values-Based Processes and Work-Site Factors », *Journal of Substance Abuse Treatment* 40, n° 4 (juin 2011): 323-35, doi:10.1016/j.jsat.2010.11.015.

²⁷⁷ Brittany Landrum, Danica K Knight, et Patrick M Flynn, « The Impact of Organizational Stress and Burnout on Client Engagement », *Journal of Substance Abuse Treatment* 42, n° 2 (2012): 222-30, doi:10.1016/j.jsat.2011.10.011.

plus grand sentiment d'efficacité professionnelle. Landrum conclue que l'environnement professionnel du soin des personnes addictées est indéniablement stressant pour les soignants mais que le *burnout* n'en est pas une conséquence automatique.

Tartakowsky²⁷⁸ a réalisé une étude sur l'expérience de travailleurs sociaux chargés des soins psychothérapeutiques en Israël. Il y fait l'hypothèse que l'orientation théorique de ces soignants a un effet sur la mesure de leur niveau de *burnout*. Il observe dans ses résultats des différences dans certaines dimensions composantes de l'échelle de mesure (MBI) selon l'orientation théorique du praticien. Pour l'auteur, ces résultats signifient qu'une orientation peut être plus protectrice qu'une autre pour le soignant, mais que l'intérêt du patient est dans une approche thérapeutique plurielle.

Une étude qualitative particulièrement intéressante a été publiée en 2013 par Oser²⁷⁹. Il y reprend les données de la littérature quantitative présentée ci-dessus. Considérant l'importance de la qualité de la relation thérapeutique dans le champ clinique des addictions, il cherche à observer avec plus grande finesse sémantique les facteurs associés avec le *burnout* des professionnels. À partir de quatre *focus groups* il dégage des causes, des conséquences et de modalités de prévention du *burnout*. Il compare dans ses résultats les intervenants exerçant en milieu urbain et rural au Kentucky²⁸⁰.

Parmi les cause de burnout qu'il extrait de ses entretiens, Oser cite : la dimension chronique de la pathologie addictive, les rechutes fréquentes et la discontinuité des patients dans leur investissement des soins ; la fréquence de maladies, troubles psychiatriques et de problèmes sociaux associés ; le sentiment d'un manque de ressources thérapeutiques et de soutien de partenaires pour des prises en charge complexes ; la charge de travail et l'envahissement par les tâches administratives. Les intervenants en milieu rural ajoutent : la difficulté à changer de poste liée aux peu de structures locales, ce qui les obligent éventuellement à cohabiter avec des

²⁷⁸ Eugene Tartakovsky et Slava Kovardinsky, « Therapeutic Orientations, Professional Efficacy, and Burnout among Substance Abuse Social Workers in Israel », *Journal of Substance Abuse Treatment* 45, n° 1 (juillet 2013) : 91-98, doi :10.1016/j.jsat.2013.01.002.

²⁷⁹ Carrie B Oser et al., « Causes, Consequences, and Prevention of Burnout among Substance Abuse Treatment Counselors: A Rural versus Urban Comparison », *Journal of Psychoactive Drugs* 45, n° 1 (2013): 17-27.

²⁸⁰ Voir Tableau II

collègues avec lesquels ils sont en conflit ; les contacts avec les patients hors du contexte professionnel ; des ressources encore plus rares qu'en ville ; une perception d'une stigmatisation sociale et d'un jugement moral plus intenses et défaut de prestige de leur activité.

Oser identifie également dans les discours des intervenants des conséquences sur la relation d'aide. Ils ressentent un épuisement professionnel important et une perte d'intérêt pour leur travail avec le sentiment de ne pas bien soigner. Il en résulte un désir de changer d'activité, ce qui mène plus fréquemment en ville à un *turnover* excessif – les intervenants en milieu rural ont moins de possibilités de trouver un autre emploi. Mais ces conséquences agissent également sur les patients qui sont peu satisfaits de l'aide proposée et cherchent d'autres lieux d'aide lorsqu'il en existe.

L'auteur souligne ainsi l'altération de la qualité de la relation thérapeutique dans ce contexte et relève les discours qui, malgré le contexte défavorable, énoncent des possibilités d'échapper au *burnout* et à la dégradation de la qualité des soins. Le cadre de travail est particulièrement important avec la bonne ambiance entre collègues, le soutien des pairs, la supervision clinique et l'implication de l'encadrement ; mais aussi l'attention portée à soi-même.

Tableau récapitulatif des principaux résultats des études quantitatives portant sur le burnout des professionnels dans le champ des addictions (Tableau I)

| Auteur | Participants | Design | Variables associées à une augmentation du risque de burnout (p<.05) | Variables associées à une diminution du risque de burnout (p<.05) |
|----------------------|--|---|--|---|
| Ogborne, 1998 | Counselors*, programmes ambulatoires N=705 | Canada Etude transversale par voie postale Auto-questionnaires MMSSS** + QSD*** Variables liées au stress en situation professionnelle, à la satisfaction au travail, au type de population suivi | <ul style="list-style-type: none"> • Jeune âge • Niveau d'étude plus élevé | <ul style="list-style-type: none"> • Age plus élevé • Niveau d'étude moins élevé • Satisfaction au travail • Exposition moindre au stress • Formations spécialisées • Soutien des pairs et de la famille • Sentiment d'utilité auprès des patients |
| Shoptaw, 2000 | Counselors spécialisés dans la prise en charge de patients séropositifs au VIH N=134 | USA Etude transversale par voie postale Auto-questionnaires MBI**** + QSD Variables liées à la proportion de patients VIH, à la charge de travail, à l'ambiance professionnelle et au sentiment d'efficacité | <ul style="list-style-type: none"> • Proportion plus importante de patients VIH dans la patientèle • Sentiment de faible utilité • Milieu professionnel peu soutenant | <ul style="list-style-type: none"> • Niveau d'étude plus élevé • Sentiment d'utilité auprès des patients • Milieu professionnel soutenant |
| Knudsen, 2006 | Counselors travaillant en communautés thérapeutiques N=817 Responsables des communautés thérapeutiques N=253 | USA Etude transversale par voie postale (counselors) et en face-à-face (responsables) Auto-questionnaires (counselors) et questionnaires semi-structurés (responsables) MBI (EE*****) + QSD Variables liées au type de management exercé par le responsable | (Sous-score EE) <ul style="list-style-type: none"> • Management directif | (Sous-score EE) <ul style="list-style-type: none"> • Age plus élevé • Management participatif |
| Oyefeso, 2008 | Médecins, infirmiers, counselors, éducateurs, assistants sociaux, psychologues, autres Programmes ambulatoires et hospitaliers N=194 | UK Etude transversale par voie postale Auto-questionnaires MBI + QSD Variables liées au stress en situation professionnelle | <ul style="list-style-type: none"> • Jeune âge • Charge de travail élevée • Rapports difficiles avec les collègues et l'institution (Les facteurs de stress liés aux patients et à leurs comportements ne sont pas significativement associés au burnout) | |

| | | | | |
|--------------------------|--|---|---|--|
| Broome, 2009 | Counselors, programmes ambulatoires N=550 Responsables N=94 | USA Etude transversale Auto-questionnaires Questionnaire « burnout » + QSD Variables liées au climat institutionnel, aux attitudes vis-à-vis du travail et aux caractéristiques de ce dernier | <ul style="list-style-type: none"> • Charge de travail élevée | <ul style="list-style-type: none"> • Qualités de leadership du responsable • Charge de travail élevée lorsqu'il s'agit de programmes sous contrainte de justice |
| Villardaga, 2011 | Counselors N=699 | USA Etude transversale (évaluation de départ d'une étude longitudinale), regroupement après recrutement par annonces Auto-questionnaires MBI + QSD Variables liées au rapport au travail et à l'ambiance institutionnelle | <ul style="list-style-type: none"> • Niveau d'étude plus élevé | <ul style="list-style-type: none"> • Age plus élevé • Sentiment de contrôle dans son exercice • Soutien des collègues • Soutien du responsable |
| Landrum, 2012 | Programmes ambulatoires et hospitaliers N=115 Responsables, counselors et patients N= ? | USA Etude transversale Auto-questionnaires Questionnaire « burnout » + QSD Variables liées au climat institutionnel, aux attitudes vis-à-vis du travail, aux caractéristiques de ce dernier et à l'engagement des patients dans les soins | <ul style="list-style-type: none"> • Charge de travail élevée • Milieu professionnel peu soutenant (Situation où les patients s'engagent le moins dans les soins) | <ul style="list-style-type: none"> • Sentiment de contrôle et d'efficacité de l'équipe |
| Tartakowsky, 2013 | Travailleurs sociaux ayant des fonctions de psychothérapeutes, programmes ambulatoires N=92 | Israël Etude transversale par voie postale et internet Auto-questionnaires MBI + QSD + TOQ***** Variables liées à l'orientation théorique du clinicien (psychodynamique, cognitivo-comportementale, sociothérapique) | | <ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'années d'expérience élevé • Orientation cognitivo-comportementale • Orientation sociothérapique |

* Travailleurs sociaux peu diplômés, souvent anciens addicts

** Macdonald-MacIntyre Satisfaction and Stress Scales

*** Questionnaires Socio-Démographiques

**** Maslach Burnout Inventory

***** La MBI est divisée en trois sous-catégories : Emotional Exhaustion (EE), Depersonalization (DP), Personal Accomplishment (PA)

***** Therapeutic Orientations Questionnaire

Tableau récapitulatif des résultats de l'étude qualitative de Oser et al. (2013)

| Participants | Design | Résultats concernant l'expérience de burnout | | |
|---|---|--|---|---|
| Counselors, programmes ambulatoires N=28 | USA Etude qualitative transversale Focus groups (N=4) Questionnaire semi-structuré Analyse par Grounded Theory Objectif : explorer les discours des counselors sur le burnout et les éventuelles différences en milieu urbain et rural | Causes | Répartition des discours | |
| | | | Commune | Urbaine |
| | | | Rurale | |
| | | | | |
| | | | <ul style="list-style-type: none"> • Patients difficiles (souffrance chronique, rechutes et interruptions de suivi, comorbidités psychiatriques et somatiques, problématiques sociales) • Charge de travail lourde • Envahissement administratif et gestionnaire | <ul style="list-style-type: none"> • Manque de prestige et de reconnaissance dans un contexte de forte stigmatisation • Faiblesse des ressources locales • Mauvaise ambiance professionnelle • Fréquentation des collègues et des patients dans la communauté |
| | | Conséquences | <ul style="list-style-type: none"> • Dégradation de la qualité des soins • Epuisement professionnel | <ul style="list-style-type: none"> • Souhait de changer de travail • Inversion des rôles (patient se préoccupant du counselor) • « Nomadisme » des patients |
| | | Prévention | <ul style="list-style-type: none"> • Soutien des collègues • Professionnels de recours pour les difficultés cliniques • Attention à soi • Management participatif | |

La notion de contre-attitude place d'emblée l'expérience affective vécue par le soignant dans le soin en proximité immédiate de celle du patient. En revanche la littérature scientifique sur les *attitudes* de soignants et le *burnout* décrivent des vécus émotionnels de professionnels extraits du cadre relationnel. Les éventuelles variables liées à ce dernier, lorsqu'elles existent, apparaissent parmi d'autres qui concernent plus souvent des caractéristiques propres aux soignants ou à leur cadre institutionnel. Les difficultés éprouvées par les soignants dans le champ des addictions n'apparaissent pas alors proprement liées à l'expérience de la relation de soin. Certains auteurs mentionnent toutefois l'intensité de ces relations sans en dire davantage. Il est toutefois possible de trouver quelques rares articles qui s'intéressent au rôle de la confiance dans l'efficacité de soin en addictologie. C'est le cas par exemple, dans le contexte des usagers de drogues infectés par le VIH et le VHC, de l'analyse de Jauffret-Roustide²⁸¹. Pour notre part, les questions éthiques et cliniques nous semblant se nouer au cœur de la relation de soin, l'expérience affective du soignant nous intéresse en tant qu'elle donne à voir certaines qualités de l'aventure du soin, laquelle ne se conçoit qu'en interaction relationnelle.

3. Le problème de la confiance et de la promesse

C'est ainsi que nous avons entamé notre réflexion éthique d'abord sous l'angle de la parole du toxicomane²⁸² et de sa reconnaissance difficile par les soignants. Nous avons ainsi souligné que le « doute sur la parole du toxicomane » constituait une entrave à l'établissement d'une relation de soin présentant des qualités dynamiques tant aux plans éthique que clinique. Il nous a semblé que, pour exposer ce problème et tenter d'ouvrir des pistes de dégagement, il était nécessaire d'envisager la relation sous l'angle de la confiance. Par les travaux de quelques auteurs, nous avons ainsi pu en souligner l'importance et les qualités singulières pour l'expérience commune des soignants et des patients.

²⁸¹ Marie Jauffret-Roustide et al., « Distributive sharing among HIV-HCV co-infected injecting drug users: the preventive role of trust in one's physician », *AIDS care* 24, n° 2 (2012): 232-38, doi:10.1080/09540121.2011.596515.

²⁸² Reyre, « Le doute sur la parole du toxicomane : comment soigner malgré tout ? », op.cit.

Autour des écrits de Thomas d'Aquin²⁸³, nous avons souligné que les penseurs chrétiens subordonnaient essentiellement la confiance entre les Hommes à celle des Hommes en Dieu. Cette dernière constituant la référence, l'Église assurait la fonction de garant d'un fonctionnement collectif reposant sur la confiance en cadre restreint. Mais dès lors que le support de cette confiance en Dieu s'est affaibli, les questions délicates de la confiance entre les Hommes ont investi les différents lieux du lien social. La confiance est devenue ainsi un objet de la politique, de l'économie, de la sociologie ou de la philosophie morale. La confiance est à la source de l'établissement du contrat social. Pour Hobbes²⁸⁴, la confiance donnée au souverain est radicale, et proche de la soumission. Elle présente l'avantage majeur de pouvoir vivre en paix mais ne donne aucun pouvoir sur son dépositaire. Le rapport au souverain de Locke²⁸⁵ est très différent. Les personnes qui souscrivent au contrat social ont bien le devoir de céder une part de leur pouvoir aux gouvernants mais ces derniers ont à en répondre et doivent être écartés s'ils abusent de la confiance placée en eux. Le sujet conserve donc un pouvoir considérable sur ses gouvernants ainsi qu'une responsabilité propre, l'objectif en vue demeurant la protection du droit individuel de propriété. Avec Hume²⁸⁶ naît la dimension économique de la confiance. Elle est en effet indispensable aux rapports commerciaux. Pour Hume, pouvoir faire confiance à des inconnus suppose d'avoir l'expérience de la confiance avec ses proches. Ce climat de confiance initial en permet l'extension aux rapports de voisinage et aux transactions commerciales. Il ne s'agit toutefois pas de s'en remettre simplement à la bonne volonté de l'autre. Si la confiance tient, c'est qu'elle est accompagnée d'une menace : « En disant 'je promets', non seulement j'invite autrui à me faire confiance, mais je l'invite aussi à ruiner ma réputation si je manque à ce que j'ai promis »²⁸⁷. Au plan social, cela signifie qu'on peut raisonnablement compter sur les engagements mutuels, en tout cas lorsqu'ils concernent des individus soucieux de leur réputation et désireux de rester dans le jeu social. Au travers de ces auteurs, on voit les liens étroits qui unissent confiance et relation de pouvoir.

²⁸³ Thomas d'Aquin, *Somme théologique: les actes humains - Tome II* (Paris: Cerf, 1997).

²⁸⁴ Thomas Hobbes, *Leviathan (1651)* (London: J.M. Dent & sons, 1959).

²⁸⁵ John Locke, *Traité du gouvernement civil (1690)* (Paris: Garnier-Flammarion, 1984).

²⁸⁶ David Hume, *Enquête sur les principes de la morale (1751)* (Paris: Flammarion, 1991).

²⁸⁷ Annette Claire Baier, « Confiance », *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale* (Paris: Presses Universitaires de France - PUF, 2004).

Mais les pensées de la confiance ne se résument pas à l'observation des jeux de contraintes qui se nouent dans la relation. Les auteurs contemporains l'ont envisagée de manières diverses et souvent complémentaires. Dans la lignée de pensée « analytique », la confiance est devenue une préoccupation importante des chercheurs dans le domaine de l'économie et des sciences sociales. Le sociologue Gambetta²⁸⁸ a produit une importante synthèse de travaux pluridisciplinaires portant sur la confiance dans les interactions humaines. Au départ, il constate les efforts faits pour réguler les relations de coopération par des mécanismes de contrainte et en « économisant sur la confiance » (p.229). La coopération peut d'abord s'étayer sur la force des intérêts mutuels ou sur des jeux d'obligations, la confiance pouvant venir secondairement. Il souligne qu'une propriété de la confiance est de ne pas pouvoir être décidée. Un individu rationnel ne peut se convaincre qu'il a confiance en un autre alors que ce n'est pas le cas. De la même façon, il lui est difficile de convaincre intentionnellement les autres qu'il est digne de confiance. La confiance repose sur des jugements de valeur affectifs, moraux et religieux. Parce que l'on n'est jamais sûr du partage de ces valeurs, leur utilité dans les relations de coopération est sujette à caution pour certains. Pour d'autres, et dans la continuité des idées de Hume, le jeu des intérêts seul suffit à des coopérations saines et les preuves répétées du bon fonctionnement de celles-ci suffisent à leur pérennisation. Gambetta souhaite toutefois montrer que ce n'est pas nécessairement un choix très judicieux que de réduire la confiance à un sous-produit de la coopération, ni d'en faire une valeur rare et désuète, réservée à l'intimité. En s'appuyant sur les travaux de Luhmann²⁸⁹, il affirme qu'il est toujours aisé de trouver les preuves d'un manquement à la confiance, mais qu'à l'inverse, prouver à partir d'éléments rationnels, que tel ou tel est digne de confiance, est chose quasiment impossible : « La confiance est un sentiment étrange fondé non sur des preuves mais sur une absence de preuves contraires ». Contrastant avec cette position fragile, celle de la défiance est beaucoup plus ferme. Il est toujours plus facile de trouver des motifs à défiance qu'à confiance. Il est donc délicat de remettre en cause la défiance : « Une fois la défiance installée, il devient

²⁸⁸ Diego Gambetta, « Can we trust trust? », in *Trust: Making and Breaking Cooperative Relations* (Oxford: University of Oxford, 2000), 213-37.

²⁸⁹ Niklas Luhmann, *La confiance : Un mécanisme de réduction de la complexité sociale* (1968) (Paris: Economica, 2006).

rapidement difficile de savoir si ses motifs la justifient, et ce parce qu'elle a la capacité d'être autoréalisatrice et de générer une réalité cohérente en soi ». Seuls un accident ou un tiers peuvent fournir les conditions d'une expérience remettant en question la défiance. Cela se fait dans tous les cas au prix d'une dépense considérable d'énergie. Pour Gambetta, les raisons de défendre la confiance sont de l'ordre du pari du joueur :

- Sans prendre le risque de la confiance, on ne saura jamais si l'on a eu raison ou tort de le faire. On doit commencer par faire « comme si » on faisait confiance pour la valider ou l'invalidier secondairement.
- La confiance ne se dégrade pas à l'usage. C'est au contraire la retenue dans son usage qui l'affaiblit.

Il s'ensuit que la confiance, si elle n'est pas accordée aveuglément, génère chez son dépositaire un sens des responsabilités accru. « Quand on dit à quelqu'un 'je te fais confiance', nous exprimons à la fois une conviction et un encouragement à l'engagement par la confiance que nous plaçons dans la relation ». La confiance possède donc également une propriété autoréalisatrice. La confiance même systématiquement mal placée ne peut jamais faire pire que la défiance se perpétuant elle-même et entravant les capacités de coopération. Il est donc rationnel pour notre auteur de « se fier à la confiance et de se méfier de la défiance ». La seule alternative aux conséquences catastrophiques voire immorales de la défiance est le pari sur la confiance, le plaisir du succès n'étant possible qu'en prenant le risque de la déception. Ces conceptions logiques et pragmatiques nous avaient amené à soutenir l'importance d'un « pari » sur la confiance pour refonder une écoute de la parole du patient toxicomane. Mais d'autres pensées nous ont porté plus loin.

La perspective de la philosophie « continentale » est différente. La confiance qui unit les Hommes est pensée dans son lien au temps et le jeu qui s'y déploie entre promesse et pardon, mémoire et oubli, actes de liaison et de déliaison. Les travaux de Paul Ricœur et de Hannah Arendt nous ont été particulièrement précieux.

Chez Ricœur, la promesse est au cœur d'une éthique fondée sur la reconnaissance de, et par l'autre. Elle est en effet consubstantielle de l'identité du sujet. L'auteur décrit une double nature de l'identité. L'identité *idem* correspond à l'immutabilité dans le temps, à la permanence, l'absence de changement. Cela correspond, par exemple, à notre code génétique ou notre groupe sanguin. Mais comme le souligne

Ricœur : « La personne humaine ne satisfait que très partiellement à cette quête d'identité-mêmeté »²⁹⁰ (p.201). À côté de notre identité structurale « dans le temps » existe une identité en mouvement. Puisque nous sommes changeants, nous devons maintenir une identité « malgré le temps » : « Cette ipséité (...) consiste en une volonté de constance, de maintien de soi, qui met son sceau sur un histoire de vie affrontée à l'altération des circonstances et aux vicissitudes du cœur »²⁹¹ (p.191). C'est cette identité *ipse*, que met en jeu la capacité de l'individu à tenir sa parole. En effet, aux deux composantes de l'identité correspondent deux capacités essentielles pour Ricœur que sont la mémoire et la promesse. Du côté de l'*idem*, de la mêmeté, c'est la question de la mémoire qui est centrale. Elle est orientée vers le passé et son souvenir appuie la construction du récit, fondamental à l'identité narrative. La promesse, nous l'avons dit, concerne l'ipséité. Elle regarde vers l'avenir et donne au sujet sa capacité de projection, de reconfiguration des récits mémoriels et de création de nouveaux récits. À la différence des conceptions « analytiques » rappelées précédemment, Ricœur souligne la prévalence de l'altérité dans le processus de la promesse. Là où la mémoire permet la reconnaissance de soi, la promesse engage à la fois cette même reconnaissance de soi et la reconnaissance d'Autrui. Parce qu'il donne son sens à l'ipséité, ce dernier devient essentiel à l'édification de l'identité, ce qui permet à Ricœur d'affirmer « le primat de l'altérité sur la réflexivité »²⁹² (p.204) dans cette construction. L'auteur montre ainsi les limites de la théorie des actes du langage : « Le locuteur ne se borne pas à 'se placer sous une certaine obligation de faire ce qu'il dit' : ce rapport est seulement de soi à soi-même. L'engagement est *premièrement*²⁹³ 'envers l'allocutaire' »²⁹⁴ (p.190). Ce dernier n'est donc pas seulement un destinataire neutre mais surtout un bénéficiaire : « C'est par cette clause du bienfait que l'analyse linguistique appelle la réflexion morale » (p.191).

Ricœur souligne également le climat qui permet l'engagement individuel dans la parole. Il parle de « promesse d'avant la promesse » (p.191), à la fois

²⁹⁰ Paul Ricoeur, « Les paradoxes de l'identité », in *Information psychiatrique*, vol. 72 (présenté à Journées de l'Information Psychiatrique, John Libbey Eurotext, 1996), 201-6.

²⁹¹ Paul Ricoeur, *Parcours de la Reconnaissance - Trois Etudes* (Paris: Stock, 2004).

²⁹² Ricoeur, « Les paradoxes de l'identité ». op.cit.

²⁹³ Souligné par nous.

²⁹⁴ Ricoeur, *Parcours de la Reconnaissance - Trois Etudes*. op.cit. citant Vanderbeken D., *Les actes du discours*, Paris, Pierre Mardaga, 1998.

environnement de la promesse et engagement premier : « Plus précisément, c'est de la fiabilité habituelle attachée à la promesse d'avant la promesse que chaque promesse ponctuelle tire sa crédibilité au regard du bénéficiaire et du témoin de la promesse » (p.192). Enfin, l'auteur évoque « l'ombre du négatif ». La mémoire est menacée par l'oubli et la promesse par la trahison. Ces négatifs rompent la continuité de la mémoire comme de l'engagement, ils mettent en péril la reconnaissance d'Autrui comme celle de soi. Toutefois, Ricœur le rappelle, « Pouvoir promettre, c'est aussi pouvoir rompre sa parole » (p.194). Et cela pas de manière univoque une menace pour la relation de confiance. La fiabilité constante tend en effet à glorifier l'ipséité et à engager l'individu dans une maîtrise de soi qui l'éloigne d'Autrui. « C'est pourquoi il est urgent de rechercher dans l'exercice même de la promesse les raisons d'une *limitation interne*²⁹⁵ qui mettrait la reconnaissance de soi-même sur le chemin de la reconnaissance mutuelle » (p.196). Il s'agit donc de ne pas trop promettre et de reconnaître que la trahison accompagne la promesse et fait partie de son sens. Nous sommes ainsi les « continueurs endettés » (p.196) des promesses du passé, celles qui ont construit notre monde et dont beaucoup sont restées non tenues.

On retrouve cette problématique chez Hannah Arendt qui associe pardon et promesse. Comme la mémoire chez Ricœur, le pardon est associé aux actes du passé et à leur caractère irréversible. La promesse, de son côté, cherche à pallier l'imprévisibilité, elle « sert à disposer, dans cet océan d'incertitude qu'est l'avenir par définition, des îlots de sécurité sans lesquels aucune continuité, sans même parler de durée, ne serait possible dans les relations des hommes entre eux »²⁹⁶ (p.302). Le pardon comme la promesse n'ont de sens qu'en lien à l'autre. On ne se pardonne pas à soi-même et on ne tient pas une parole qu'on ne se doit qu'à soi. On a besoin de la présence d'Autrui et c'est dans cette « condition de pluralité » que se trouvent les implications morales du pardon et de la promesse. L'acte de promesse répond à la faiblesse fondamentale des hommes, à leur imprévisibilité et à leur incapacité à prévoir les conséquences de leurs actes. Pourtant, cette faiblesse, bien que douloureuse, est pour Arendt l'origine de l'ouverture à l'autre :

²⁹⁵ Souligné par nous.

²⁹⁶ Hannah Arendt, *The Human Condition* (Chicago and London: The University of Chicago Press, 1958).

Si l'homme est incapable de compter sur soi ou d'avoir foi en lui-même (ce qui est la même chose), c'est pour les humains le prix de la liberté, et l'impossibilité de rester seuls maîtres de ce qu'ils font, d'en connaître les conséquences et de compter sur l'avenir, c'est le prix qu'ils paient pour la pluralité et pour le réel, pour la joie d'habiter ensemble un monde dont la réalité est garantie à chacun par la présence de tous. (p.310-11)

Comme nous l'avons vu avec Ricœur, l'excès de capacité à promettre est dangereux. Pour Arendt, c'est une préoccupation politique autant qu'éthique. L'excès de promesse revient à encadrer de façon rigide l'avenir, à user d'une volonté que Ricœur qualifie « d'obtuse et obstinée ». Ce qui chez ce dernier conduit au recul de la reconnaissance de l'autre, conduit selon Arendt à un arrêt du lien et de l'obligation envers l'autre. Cela correspond à l'entreprise politique totalitaire qui cherche à maîtriser l'avenir et rend impossible tout engagement. Les sociétés démocratiques choisissent « de laisser telles quelles l'imprévisibilité des affaires humaines et la faiblesse des hommes pour en faire simplement l'espace, le milieu dans lequel on ménagera certains îlots de prévisibilité et dans lesquels on plantera quelques jalons de sûreté » (p.311). Cet espace politique qui ne cherche pas à sécuriser absolument les rapports humains et fait évoluer le sujet entre des « îlots » protecteurs qu'il est libre de quitter permet de penser, dans un climat de confiance, une dialectique entre pardon et promesse. En effet la promesse lie et le pardon délie. Ce dernier est un acte étrange puisqu'il se fait d'abord au bénéfice d'un autre et singulier par sa capacité à rompre le cycle de l'action entretenu par la vengeance. Le pardon ne réagit pas, il est d'ailleurs imprévisible, il agit de façon nouvelle. Il est un acte de liberté qui rend sa liberté à celui qui est pardonné. « C'est seulement en se déliant mutuellement de ce qu'ils font que les hommes peuvent rester de libres agents » (p.306). Ainsi, aux promesses non tenues, les hommes peuvent répondre par le pardon. Un jeu alors s'installe, de liaison et de déliaison, qui cherche à préserver liberté d'agir de façon originale et possibilité de vivre ensemble des moments sereins. Ainsi chez Arendt, l'inconstance humaine, lieu pour Ricœur de la problématique de l'ipséité, est aussi celui de la capacité à innover qui permet à l'homme d'échapper au déterminisme et à l'automatisme de ses actions.

Au travers des regards de différents auteurs, nous avons souligné les qualités majeures de la confiance, qu'elle soit conçue comme un cadre facilitateur de

l'action ou comme le lieu qui abrite une dialectique promesse – pardon. La confiance permet le lien social, fluidifie les échanges de toutes natures, encourage l'autre à se montrer digne de confiance, permet la reconnaissance de soi et de l'autre, assure notre inscription dans la temporalité, supporte l'organisation d'institutions justes et conditionne notre capacité à innover. Une telle conception de la confiance nous a permis d'en faire, dans la relation de soin avec les personnes addictées, un objet à la fois clinique et éthique. Partant de l'expérience empirique d'une défiance vis-à-vis de la parole du toxicomane, il nous était apparu que celle-ci constituait une entrave importante au développement d'une relation de soin thérapeutique et éthique. Nous avons alors réfléchi, du point de vue du soignant, à des voies de dégagement de cette défiance que nous pouvions entrevoir dans le pari sur la confiance, dans l'innovation relationnelle et sa validation par les pairs du champ addictologique, dans la reconnaissance d'une limitation à nos propres promesses ainsi que dans l'aménagement de nos espaces de soin en « îlots de prévisibilité ».

Nous avons ensuite souhaité mettre ces idées à l'épreuve d'un terrain de recherche. Les questions de confiance et de promesse sont demeurées centrales dans notre approche, mais il nous a paru nécessaire d'en élargir le contexte d'étude à l'expérience générale que les soignants font de la relation.

4.L'apparition d'une problématique

Avant de nous engager sur des terrains d'étude, il nous a donc fallu définir une question de recherche, ainsi que notre cadre théorique de réflexion.

4.1. *La question*

Sur une base essentiellement théorique et empirique, nous avons cette idée que le soin en addictologie était vécu dans une certaine difficulté par le soignant et que ses aménagements propres ainsi que l'adaptation du cadre pratique du soin pour faire face à cette difficulté pouvaient soutenir dans une certaine mesure le soignant, mais également provoquer une altération de la relation de soin. En ce sens, il nous paraissait que l'exploration du contexte singulier de la relation qui s'établit entre

soignants et patients relevait d'enjeux à la fois éthiques et cliniques. Nous avons donc recherché les moyens d'observer, dans un cadre expérimental, la nature des difficultés que la rencontre avec les patients addicts pouvait poser aux soignants ainsi que les effets de ces difficultés et les issues de dégageant trouvées par les professionnels.

Nous avons également comme objectifs secondaires d'observer les éventuelles différences de discours entre les divers lieux de soin et en fonction de leur rattachement aux paradigmes classiques et au mouvement addictologique. Nous souhaitons également évaluer l'intérêt de méthodologies de recherche originales.

4.2. La possibilité d'une recherche

La pertinence de réaliser une étude scientifique sur une problématique éthique ne va pas de soi. La recherche génère inmanquablement un effet de simplification et de réduction de son objet d'attention, et risque de produire des discours qui en évacuent la complexité. De ce point de vue, une réflexion théorique ancrée dans la pratique subjective paraît plus propre à éclairer une difficulté d'ordre éthique. Mais, pour ce qui concerne notre travail, il nous a semblé qu'elle courrait le risque de s'installer dans une pensée autonome et circulaire. La communication de ces réflexions au travers de publications et de prises de paroles nous est apparue indispensable mais insuffisante. C'est dans ce mouvement que l'idée d'une étude de terrain s'est imposée.

Il ne s'agit donc pas pour nous de nous engager dans une recherche produisant une quantification objective et descriptive de phénomènes attachés aux difficultés relationnelles entre soignants et soignés dans le champ des addictions, mais plutôt dans un dispositif capable de laisser émerger des discours et des récits de soignants sur leur propre expérience de la relation de soin. Ainsi, les constructions théorico-empiriques des professionnels rencontrés peuvent-elles dialoguer avec les nôtres et nous permettre d'espérer enrichir la réflexion sur notre problème. Avant de détailler notre dispositif d'étude, il nous faut préciser son cadre théorique et méthodologique.

Une recherche dans le champ de l'éthique

Comme nous l'avons déjà souligné et montré à plusieurs reprises, la question éthique nous apparaît indissociable des autres enjeux de la relation de soin. La rencontre d'un sujet, qu'il soit ou non demandeur d'aide, est en soi un acte éthique. Pourtant, en clinique médicale comme en recherche, cette question semble être l'objet d'une isolation sous l'effet d'une « technicisation » du soin médical et d'une « démoralisation » du discours social. La réflexion morale actuelle se caractérise par la constitution d'éthiques sectorielles et relativistes qui deviennent souvent des espaces de spécialisation proposant un savoir spécifique isolé des pratiques auxquelles elles se réfèrent. Il nous importe d'inscrire cette recherche dans une conception de l'éthique du soin à la fois plus généraliste et plus intégrée dans la pratique quotidienne. Nous rejoignons ainsi les positions qui sont défendues en France par certains spécialistes²⁹⁷. Sans être un savoir positif, l'éthique peut être objet d'étude si la méthodologie employée tient compte de sa complexité et de son ancrage dans la pratique. La recherche en éthique peut alors avoir une fonction unifiante et donner un sens commun et simultané à la production de savoir et à la pratique du soin au quotidien.

Une recherche sur la relation de soin

Nous entendons le soin au sens ouvert de « prendre soin », proche du *care* anglo-saxon²⁹⁸. Ce choix permet de recueillir les discours de professionnels agissant auprès de personnes addictées qui n'appartiennent pas uniquement au champ sanitaire – des éducateurs ou des assistants sociaux par exemple. Il souligne également notre souhait d'entendre, au-delà des discours professionnels, la parole des personnes impliquées dans le soin. Nous pensons en effet, avec les penseurs du *care*, que la rencontre entre sujet demandeur de soin et professionnel engage les protagonistes dans une relation authentique mettant en jeu fortement leurs identités personnelles mutuelles.

Dans le cadre de cette recherche deux dimensions de la relation de soin sont distinguées : la dimension collective et la dimension individuelle. Nous pensons en

²⁹⁷ Voir par exemple : Sicard, *L'alibi éthique*; Hirsch, *Le devoir de non-abandon*.

²⁹⁸ Voir par exemple : Carol Gilligan, *Une voix différente : Pour une éthique du care* (1982) (Paris: Flammarion, 2008).

effet que le discours collectif, groupal, abrité par l'institution, ne se résume pas à la somme des discours individuels. Nous attribuons aux institutions des caractéristiques propres, liées à leur histoire, à leurs affiliations, à leur topologie et à leurs règles de fonctionnement. Nous nous attendons donc à observer des différences entre les discours des individus et des groupes ainsi que dans leurs façons de s'adapter aux problèmes générés par les difficultés relationnelles.

Une méthodologie complexe

Compte tenu de ce que nous avons dit précédemment de notre ambition d'une recherche respectueuse de la complexité de son objet, une méthodologie de type « ethnographique » s'imposait. Celle-ci se situe en effet au plus près des discours subjectifs des acteurs et permet d'intégrer le chercheur lui-même dans l'analyse du phénomène. Les sciences humaines ont effectivement tenté avec un certain succès d'intégrer les découvertes de sciences « dures » sur les altérations portées à l'objet d'étude par l'observation et l'observateur et sur les limites des processus de réduction. Une méthodologie « qualitative » nous semblait donc opportune. Elle repose sur une approche inductive du phénomène qui, si elle peut poser des problèmes de généralisation secondaire, nous permettait de rester à un niveau de complexité d'analyse plus élevé. Nous le verrons bientôt, une telle méthodologie repose sur une rencontre directe des sujets d'étude et sur une analyse de leurs discours ainsi que de nos relations communes au cours de la recherche. Compte tenu de l'importance de multiplier les angles d'observation et de créer des situations propices à l'émergence de discours, nous avons choisi d'ajouter un « outil » de médiation soutenant la parole.

Le recours à des outils narratifs tient une place importante dans le champ de la recherche en anthropologie médicale et en sciences sociales. Elle repose sur des techniques de mise en récit par les sujets à partir de matériaux divers, généralement des images ou des sons²⁹⁹. Dans le cadre de cette étude, nous avons utilisé un outil original, la lecture d'un extrait d'œuvre littéraire, dans le but de faire émerger des

²⁹⁹ Voir par exemple: Catherine Kohler Riessman, *Narrative Methods for the Human Sciences* (Thousand Oaks, CA: SAGE, 2008); Susan Finley, « Critical Arts-based Inquiry The Pedagogy and Performance of a Radical Ethical Aesthetic », in *The SAGE Handbook of Qualitative Research*, par Norman K. Denzin et Yvonna S. Lincoln, 4ème édition (Thousand Oaks, CA: SAGE, 2011).

représentations latentes en décalant les sujets de leur place de professionnel ou de personne addictée. Mais nous souhaitions également observer la place des récits et la convocation de figures littéraires dans la relation de soin, et leur éventuelle capacité à soutenir les protagonistes dans leurs difficultés relationnelles.

L'étude Éthique et Narrativité dans les Addictions – « EthNaA »

1. Le groupe de recherche

Le groupe de recherche a une histoire et porte des préconceptions que nous nous devons de présenter ici. Elles serviront à la discussion de nos résultats.

1.1. La naissance du groupe et du projet

Notre travail de Master 2 portait sur la parole du toxicomane, le doute qui pèse sur elle et ses conséquences en termes cliniques et éthiques sur la relation de soin. Il avait été accompagné et dirigé par un psychiatre spécialiste des addictions et habilité à diriger les recherches. Son domaine d'étude, au croisement de la psychanalyse, de la psychopathologie et de la philosophie, était la construction de l'identité narrative chez le toxicomane. Ces élaborations ont servi de support à un projet de recherche visant à développer la réflexion sur un mode plus systématique. En 2009, un groupe de recherche s'est mis en place autour de la thématique des enjeux cliniques et éthiques de la relation de soin en addictologie. Ce groupe, animé par nos soins, rassemblait une grande partie de l'équipe du CSAPA que nous coordonnions, le psychiatre dirigeant notre travail et deux étudiants en Master 2 de psychopathologie. Il était composé de quatre médecins, deux infirmières, deux psychologues, et une éducatrice spécialisée. Quatre d'entre eux avaient une expérience de recherche préalable. Pour les autres, il s'agissait de leur première participation à une étude scientifique. Ce groupe très dynamique et constant a élaboré le *design* de la recherche et les outils nécessaires aux entretiens. Dès sa

mise en place, une posture réflexive visant à soutenir la validité finale des résultats de recherche a été adoptée. Chaque chercheur a été invité à ouvrir un carnet d'observations personnel et à écrire ses « préconceptions » au sujet de l'objet d'étude et des futurs terrains. Une réunion du groupe a été consacrée aux « préconceptions » collectives.

1.2. Les « préconceptions » du groupe

Le groupe de recherche a identifié d'emblée la singularité de son appartenance simultanée aux familles du soin et de la recherche. Les membres du groupe se déplaçant sur les terrains auraient donc à porter cette double identité de chercheur et de soignant. Certains, ayant une expérience de recherche préliminaire ou des objectifs universitaires personnels, se trouvaient relativement à l'aise avec cette question quand les autres se sentaient moins légitimes dans une position de chercheur. Par ailleurs, les conceptions théorico-cliniques sur l'addiction étaient consensuelles au sein du groupe et se rattachaient aux approches psychodynamiques. Du fait de l'appartenance du CSAPA à un service de psychopathologie fortement influencé par l'éthnopsychanalyse et l'anthropologie, le groupe avait également une ouverture importante aux sciences humaines et donc au discours socio-éducatif sur les addictions. Parallèlement, il était affilié à plusieurs équipes de recherche : EA 4403 de Paris 13, EA 1610 de Paris 11 et Unité INSERM U669. Concernant l'objet de l'étude, le groupe de recherche s'attendait à trouver sur les terrains, un degré important de difficulté dans la construction des liens avec les personnes addictées. Il pensait trouver des traces de jugement moral chez les soignants et en observer les effets délétères sur la relation. Il pensait également trouver des modalités d'adaptation très différentes selon les équipes et leurs orientations théoriques. De manière un peu floue, le groupe percevait l'idée qu'il allait chercher sur les terrains des réponses aux propres questions des soignants du CSAPA ainsi qu'une validation de ses propres positionnements cliniques et éthiques. À ce titre, il peut être noté que l'équipe du CSAPA avait connu le départ d'un « fondateur » trois ans auparavant et se situait dans un moment de profonds remaniements et de refondation.

Les membres du groupe de recherche ont ensuite choisi et contacté les terrains. Tous les membres du groupe ont réalisé au moins un entretien de recherche et l'ont transcrit. L'analyse a été réalisée selon les modalités décrites ci-dessous par les trois chercheurs ayant des objectifs universitaires³⁰⁰. L'ensemble du processus était accompagné de réunions hebdomadaires et de temps de supervision.

2.Éthique procédurale et respect des personnes

S'agissant d'une recherche multicentrique, observationnelle et non interventionnelle, le protocole a été soumis à l'approbation de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), du Comité Consultatif sur le Traitement de l'Information en matière de Recherche dans le domaine de la Santé (CCTIRS) et du Comité d'Evaluation de l'Éthique des projets de Recherche Biomédicale (CEERB)-Paris Nord. Ce dernier a rendu l'avis n°11-075 autorisant le démarrage de l'étude³⁰¹.

Les données sociodémographiques recueillies avaient pour fonction la description du public rencontré. Elles ne permettaient en aucune façon l'identification des participants, et toute information susceptible d'identifier un sujet a été écartée. Il n'a été fait aucune hiérarchisation en fonction de ces données.

Les participants à l'étude ont reçu une première information orale lors d'une présentation de groupe aux professionnels, et individuelle aux usagers. Dans le même temps, une feuille d'information leur a été remise.

Avant l'intervention de recherche qui se déroulait après un délai de réflexion d'au moins sept jours, les participants avaient à signer un document de consentement à la recherche, à l'enregistrement des données et à l'usage de ces dernières en publication.

Les données ont été anonymisées dès le recueil, chaque participant étant libre de mettre fin à l'entretien à son gré. Le refus de participation ou l'interruption en cours

³⁰⁰ Myriam Larguèche, Raphaël Jeannin et Aymeric Reyre

³⁰¹ Voir annexes

d'entretien n'entraînait, pour les usagers, aucune conséquence sur la nature des soins proposés.

L'ensemble des chercheurs (médecins, psychologues, éducateurs, infirmières) avaient été formé aux techniques d'entretien appropriées aux méthodologies qualitatives.

3. Matériel et méthode

3.1. Terrains

Le choix des terrains

Compte-tenu de notre compréhension de l'organisation du dispositif de soin telle que nous l'avons présentée plus haut, nous avons choisi de réaliser l'étude dans trois types de terrains différents correspondant aux trois paradigmes du soin des addictions : un service hospitalo-universitaire (CHU), un Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour les Usagers de Drogues (CAARUD) et un Centre de Soins, d'accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA). La correspondance de l'organisation des soins dans ces lieux avec les paradigmes respectifs bio-médical, socio-éducatif et psychodynamique devait être vérifiée lors d'un entretien initial avec le responsable d'équipe. Ces lieux devaient être choisis également pour leur situation géographique en région parisienne et pour le nombre de professionnels composant leur équipe. Une taille critique d'équipe était effectivement nécessaire pour l'application de notre dispositif de recherche.

L'intérêt inquiet des équipes

Une fois le protocole établi, le groupe s'est mis en quête de terrains pour réaliser l'étude. Les trois centres initialement contactés se sont montrés très intéressés. Le CHU a donné un accord très rapide. Celui-ci semblait reposer plus sur une attitude bienveillante et confraternelle vis-à-vis d'un protocole de recherche sur les

addictions que sur un intérêt particulier pour la question de recherche. En revanche, le CAARUD et le CSAPA semblaient touchés par celle-ci et ont donné assez rapidement un accord de principe. Toutefois, la réalisation des terrains sur ces deux lieux n'a pas été possible. Le CAARUD a progressivement repoussé l'échéance d'un premier rendez-vous avec le responsable sans qu'il nous soit possible d'en comprendre les raisons. Le groupe de recherche a finalement renoncé à réaliser ce terrain. Au CSAPA, l'entretien avec le responsable a eu lieu ainsi qu'une rencontre avec l'équipe pour présenter l'étude. Les chercheurs présents lors de cette réunion ont eu le sentiment d'être l'objet d'une certaine animosité du responsable et d'une partie de l'équipe. Les autres professionnels du CSAPA s'étaient montrés plus bienveillants. D'autres contacts avec le responsable ont ensuite eu lieu. Il maintenait son accord pour participer à la recherche mais, il a semblé que les professionnels de l'équipe ne parvenaient pas à prendre position. Compte tenu des échéances internes à l'étude, le groupe a décidé de renoncer à ce terrain. Il a donc ensuite contacté un autre CAARUD qui s'est montré intéressé et où le terrain a été possible. La rencontre avec le CSAPA qui a participé à l'étude est le fruit d'un échange entre l'un des médecins y exerçant et nous, au cours d'un colloque scientifique.

Le profil des centres (entretiens responsables)

Les responsables d'équipe ou leur représentant ont été les premiers à participer à un entretien dans le cadre de l'étude. Cela nous a permis de recueillir des éléments sur les fondations historiques et théoriques des institutions.

Au CAARUD, l'entretien a été réalisé avec un médecin, ancien de l'équipe, mandaté par le responsable du centre. Ce dernier a été ouvert à la fin des années 1990 dans un contexte de forte hostilité du voisinage. Le responsable actuel a pris ses fonctions peu de temps après l'ouverture. L'équipe est composée depuis l'origine essentiellement d'éducateurs. Des temps partiels d'assistante sociale et de conseiller juridique complètent l'offre d'aide. Le CAARUD dispose également de quelques vacations médicales. La référence théorique affichée est la Réduction des Risques (RdR) et la stratégie annoncée, celle du « bas seuil » d'exigences en termes d'obstacles à la prise en charge. Une rencontre commence donc « en poussant la

porte ». Pour le responsable, le modèle de compréhension sociologique est le plus pertinent, mais une ouverture aux autres modèles est maintenue. Il mentionne quelques figures de référence pour lui-même mais pense qu'il n'en existe pas de commune au sein de l'équipe. Les noms mentionnés ne concernent que des personnes de la même génération que le responsable. Une figure de la génération précédente est citée : celle de Claude Olienvenstein. Elle aurait constitué une référence commune à l'équipe mais ce ne serait plus le cas.

Au CHU, c'est un médecin, psychiatre, praticien hospitalier acteur de la création de l'équipe en 2000 qui a participé à l'entretien. Historiquement, le lieu abritait cependant des activités de soin des dépendances à l'alcool et aux drogues illicites depuis de nombreuses années. L'équipe hospitalière est de composition classique (médecins de différents statuts, infirmiers, aides-soignants, agents hospitaliers, secrétaire) avec l'adjonction de psychologues, d'ergothérapeutes et d'éducateurs sportifs. Le responsable nous précise qu'une prise en charge démarre par une consultation de préadmission (liste d'attente) réalisée par un médecin. Au moment de l'admission, le patient doit signer un contrat de soin et une charte, se soumettre à un test urinaire de recherche de toxiques et revêtir, à l'issue d'une fouille, un pyjama. Il retrouvera ses affaires après trois jours. Les orientations théoriques annoncées sont les approches neurobiologiques et cognitivo-comportementales. Les modèles sociologiques et psychodynamiques sont reconnus mais déclarés peu pertinents dans le cadre des soins de sevrage pratiqués dans le centre. Lors de cet entretien, aucune figure de référence du responsable n'est mentionnée. Il déclare constituer lui-même pour l'équipe la référence, avec le cadre de santé.

Au CSAPA, le médecin psychiatre responsable a rencontré les chercheurs. Le centre a été ouvert en 1980 avec des professionnels travaillant depuis plusieurs années dans le champ de la toxicomanie, dans une institution historique. Le responsable est présent depuis 2005 et a succédé aux fondateurs. Il se situe dans leur lignée théorique. L'équipe actuelle est constituée essentiellement de psychiatres et de psychologues formés aux psychothérapies familiales. Elle compte également une directrice administrative et une secrétaire. L'accueil des patients se fait spontanément par téléphone ou en sa présence. Certains patients sont orientés, contraints par la justice. L'approche théorique déclarée dominante voire exclusive est la systémie. Toutefois, bien qu'elles ne fassent pas partie des pratiques de

l'équipe, le responsable affirme un degré d'adhésion élevé aux autres approches thérapeutiques : psychanalytique, neurobiologique et cognitivo-comportementaliste. Il porte un discours très tolérant (« Tout le monde a raison, chacun fait ce qu'il peut. ») tout en critiquant les positions socio-éducatives qu'il exclue du soin (« Il [le discours sociologique]³⁰² m'énervé, ce n'est pas du soin, ça ne nous regarde pas. »). Il souligne l'importance de l'abstinence dans les objectifs thérapeutiques.

Bien que ces trois centres aient leurs singularités par rapport aux autres CAARUD, CHU et CSAPA, ils possèdent des caractéristiques classiques de ces lieux.

3.2. *Participants*

L'objet de notre étude étant la relation de soin, nous avons souhaité rencontrer à la fois des soignants et des patients (soignants = 26, patients = 6). Notre échantillon regroupe toutefois un nombre nettement plus important de soignants que de patients. Notre question portait effectivement essentiellement sur l'expérience des soignants dans la relation et sur leurs modalités d'adaptation individuelles et collectives.

Le tableau III synthétise les caractéristiques sociodémographiques des participants. Parmi les soignants, il y a une légère majorité de femmes (15F/11M) mais également une forte disparité selon les lieux de soin (CAARUD : 3F/6M ; CHU : 7F/2M ; CSAPA : 5F/3M). L'âge moyen des participants professionnels est de 43,8 ans (20-65) (CAARUD : 46,7 ; CHU : 38,7 ; CSAPA : 46). Leur ancienneté dans la profession est en moyenne de 10,9 ans (1-40) (CAARUD : 6,5 ; CHU : 10,8 ; CSAPA : 15,5). Leur nombre moyen d'années d'expérience dans le champ des addictions est de 10,4 ans (1-30) (CAARUD : 10 ; CHU : 8,7 ; CSAPA : 12,6). Leur ancienneté dans l'équipe au moment des entretiens de recherche est en moyenne de 7 ans (0,1-23) (CAARUD : 5,2 ; CHU : 6,3 ; CSAPA : 9,7). Les professions se partagent de manière équilibrée entre intervenants socio-éducatifs, psychologues et soignants hospitaliers. Ils déclarent tous une formation en

³⁰² Nda

addictologie, mais celles-ci sont très hétérogènes, allant de la formation initiale parfois très peu spécifique aux formations universitaires spécialisées.

Les usagers sont essentiellement des hommes (1F/5H) et sont âgés en moyenne de 38,6 ans (35-48). La moitié d'entre eux travaille et jouit d'un logement. Ils sont également trois à vivre seuls. Ils fréquentent les lieux de soin où nous les avons rencontrés depuis 2 ans en moyenne (0,75-5).

Au CAARUD, les professionnels rencontrés sont en majorité des hommes (3F/6H). Si l'on excepte une stagiaire de 20 ans présente dans l'équipe depuis 1 an, le profil des soignants est assez homogène. Ils sont en très grande majorité éducateurs spécialisés. Relativement âgés (31-65 ; M=50), ils ne sont qualifiés que depuis peu de temps (1,5-12 ; M=7) et sont arrivés dans l'équipe assez récemment (0,1-13 ; M=5,7). Deux d'entre eux font partie de l'équipe depuis la création du CAARUD. Ils déclarent en revanche une expérience dans les addictions plus ancienne (3-30 ; M=11). Ils tirent leurs connaissances en majorité de leur formation initiale et de formations courtes prodiguées par des organismes et des associations. Trois d'entre eux font état de Diplômes Universitaires en addictologie.

Les professionnels du CHU rencontrés sont très majoritairement des femmes (7F/2H). Ils constituent un groupe plus jeune que dans les autres centres (27-54 ; M=38,7). De nombreuses professions de l'hôpital sont représentées avec une légère surreprésentation d'infirmiers et de médecins. Ils exercent leur profession depuis 10,7 ans en moyenne (1-31), mais cela masque une bipartition du groupe entre jeunes soignants (N=6 ; 1-7 ; M=4,3) et soignants plus expérimentés (N=3 ; 13-31 ; M=23,7). Ce contraste se reproduit pour ce qui concerne le temps d'expérience dans les addictions (1-20 ; M=8,7) et de présence dans l'équipe actuelle (1-10 ; M=6,3). Quatre soignants sont présents depuis la création du service. Ils ont un niveau de formation en addictologie important qui repose sur les cycles de formation internes au service, sur le développement professionnel continu et sur des formations universitaires longues (DESC).

Les membres de l'équipe ayant participé à l'étude au CSAPA sont majoritairement des femmes mais l'équilibre des sexes est plus proche que sur les autres lieux (5F/3H). Le groupe est en moyenne relativement âgé (34-63 ; M=46). Il est composé quasiment exclusivement de psychologues. Ils sont diplômés depuis 15,5 ans en moyenne (4-40). Ils ont une expérience assez longue dans les addictions

(5-26 ; M=12,6) et une ancienneté importante dans l'équipe (3-23 ; M=9,7). Toutefois, cette équipe étant historiquement la plus ancienne, on note qu'un seul soignant interrogé a assisté à sa création. Ils font tous état de leur formation initiale en soulignant sa pertinence pour le travail clinique dans le champ des addictions mais déclarent très peu de formations spécifiques.

Les deux usagers rencontrés au CAARUD sont âgés de 38 et 39 ans, isolés et en situation de grande précarité sociale. Ils fréquentent le lieu depuis 2 et 5 ans. Ceux du CHU sont âgés de 35 et 38 ans, comptent 2 et 3 personnes dans leur foyer et ont un niveau d'insertion sociale contrasté puisque l'un travaille et possède un logement quand l'autre est sans emploi et sans résidence stable. Ils viennent au CHU depuis quelques mois. Les usagers du CSAPA sont âgés de 36 et 46 ans et sont en meilleure situation socioprofessionnelle et y consultent depuis 1,5 et 2 ans.

3.1. Procédures

Après un premier temps de présentation et d'information des professionnels et des patients sur l'objet et le déroulement de l'étude, et à la suite de l'entretien avec les responsables, les équipes ont été invitées à choisir les participants au dispositif. Celui-ci comprenait des entretiens en groupe avec les soignants (*focus group*) et des entretiens individuels avec soignants et patients. Il était demandé à chaque participant de signer un formulaire de consentement. Sur chaque terrain, un *focus group* unique a rassemblé six à sept professionnels et nous avons réalisé un entretien individuel unique avec deux soignants et deux patients. Les soignants rencontrés individuellement ne pouvaient pas participer au *focus group* et inversement.

Les *focus group* ont duré entre quarante-cinq minutes et deux heures trente. Ils devaient avoir lieu sur un temps libre de contrainte pour les professionnels. Ils étaient animés par deux chercheurs dont l'un interagissait directement avec les professionnels en posant des questions, en soutenant et en relançant les discours, et l'autre prenait des notes sur les prises de paroles et sur les éléments d'expression non verbaux. Avec l'accord explicite des participants, la totalité de l'entretien était enregistrée puis retranscrite. Un temps de parole avec le groupe était proposé à la

| Identification | Sexe | Age | Profession | Temps dans cette profession | Formation Addictio* | Expérience dans les addictions | Temps dans l'équipe | Activité (patients) | Logement (patients) | Personnes dans foyer (patients) | Ancienneté sur le lieu (patients) |
|----------------|------|-----|---------------------------|-----------------------------|---------------------|--------------------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------------------|-----------------------------------|
| CAFG-A | M | 56 | Educateur Spécialisé | 9 ans | DPC, AF | 9 ans | 7 ans | | | | |
| CAFG-B | F | 31 | Educateur Spécialisé | 1,5 ans | FI, AF | 4 ans | 0,8 ans | | | | |
| CAFG-C | M | 59 | Educateur Spécialisé | 10 ans | DPC | 10 ans | 3 ans | | | | |
| CAFG-D | F | 65 | Psychologue | 12 ans | FI, DPC | 30 ans | 13 ans | | | | |
| CAFG-E | F | 20 | Etudiante, stagiaire | 1,2 ans | Aucune | 1,2 ans | 1,2 ans | | | | |
| CAFG-F | M | 46 | Educateur Spécialisé | 3 ans | FI, FUC | 3 ans | 0,1 ans | | | | |
| CAFG-G | M | 55 | Educateur Spécialisé | 2 ans | FI | 7 ans | 2 ans | | | | |
| CAPro1 | M | 49 | Educateur Spécialisé | 9 ans | FI, FUC | 15 ans | 9 ans | | | | |
| CAPro2 | M | 39 | Educateur Spécialisé | 11 ans | FI, FUC | 11 ans | 11 ans | | | | |
| CAUs1 | M | 38 | Hotellerie | | | | | oui/non | SDF | 0 | 2 ans |
| CAUs2 | M | 39 | Sans | | | | | Non | SDF | 1 | 5 ans |
| CHFG-A | F | 48 | Aide soignante | 27 ans | AF | 10 ans | 10 ans | | | | |
| CHFG-B | F | 36 | Infirmière | 13 ans | FUC, AF | 10 ans | 10 ans | | | | |
| CHFG-C | F | 31 | Infirmière | 6 ans | FUC, AF | 6 ans | 6 ans | | | | |
| CHFG-D | M | 38 | Infirmier | 7 ans | DPC, AF | 3 ans | 3 ans | | | | |
| CHFG-E | F | 27 | Aide soignante | 5 ans | DPC | 5 ans | 5 ans | | | | |
| CHFG-F | F | 32 | Psychiatre | 3 ans | FI, FUC, DPC | 3 ans | 3 ans | | | | |
| CHFG-G | F | 32 | Psychiatre | 1 ans | FI, FUC, DPC | 1 ans | 1 ans | | | | |
| CHPro1 | M | 54 | Cadre supérieur de santé | 4 ans | DPC, AF | 20 ans | 10 ans | | | | |
| CHPro2 | F | 50 | Secrétaire médico-sociale | 31 ans | Aucune | 20 ans | 9 ans | | | | |
| CHUs1 | M | 35 | Traducteur | | | | | Oui | Oui | 2 | 9 mois |
| CHUs2 | F | 38 | Aide soignante | | | | | Non | SDF | 3 | 1 an |
| CSFG-A | M | 42 | Psychiatre | 10 ans | FI, FUC, DPC | 15 ans | 2 ans | | | | |
| CSFG-B | F | 63 | Psychologue | 40 ans | FI | 26 ans | 23 ans | | | | |
| CSFG-C | F | 44 | Psychologue | 9 ans | FI | 9 ans | 9 ans | | | | |
| CSFG-D | F | 50 | Psychologue | 19 ans | FI | 12 ans | 12 ans | | | | |
| CSFG-E | F | 34 | Psychologue | 4 ans | FI, DPC | 8 ans | 3 ans | | | | |
| CSFG-F | M | 44 | Psychologue | 14 ans | FI | 15 ans | 15 ans | | | | |
| CSIPro1 | M | 45 | Psychologue | 11 ans | FI | 11 ans | 9 ans | | | | |
| CSIPro2 | F | 46 | Psychologue | 17 ans | FI | 5 ans | 5 ans | | | | |
| CSUs1 | M | 36 | Journaliste | | | | | Oui | Oui | 0 | 1,5 ans |
| CSUs2 | M | 46 | Indépendant | | | | | Oui | Oui | 2 | 2 ans |

*Formations en addictologie: FI - Formation Initiale; DPC - Développement Professionnel Continu (FA, CRIPS, IREMA, Congrès...); FUC - Formation Universitaire Complémentaire (DESC, DU, Capacité...); AF - Autoformation (formations internes à l'équipe, lectures...)

Tableau récapitulatif des données sociodémographiques concernant les participants à l'étude EthNaA
(Tableau III)

fin de l'entretien, une fois l'enregistreur éteint. Les deux chercheurs se retrouvaient ensuite pour échanger autour du *focus group* et en noter les éléments perçus subjectivement.

Les entretiens individuels ont duré entre vingt minutes et deux heures. Ils étaient menés par un chercheur dans un espace calme et confidentiel. Avec l'accord explicite des participants, la totalité de l'entretien était enregistrée puis retranscrite. Un temps de parole avec le soignant ou le patient était proposé à la fin de l'entretien, une fois l'enregistreur éteint. Le chercheur prenait ensuite un temps pour noter les éléments concernant son expérience subjective de l'entretien.

L'ensemble des entretiens s'est déroulé entre mars et septembre 2011.

3.2. Instruments

Deux types d'instruments ont été utilisés :

Questionnaires

Les questionnaires élaborés pour cette recherche étaient de type semi-structuré. Ils étaient composés d'un nombre limité de questions ouvertes. Le temps de réponse n'était pas limité. Les chercheurs pouvaient être amenés à faire des relances sur certains thèmes non abordés spontanément ou sur de nouveaux thèmes ou narrations apparaissant en cours d'entretien. Plusieurs questionnaires distincts étaient utilisés :

- Questionnaire « Responsables » : destiné aux référents institutionnels
- Questionnaire « SD » socio-démographique : destiné à tous les entretiens
- Questionnaire « Inquiétude » : comportant dix-neuf questions et destiné à tous les entretiens.
- Questionnaire « Narratif » : suivant la présentation du support narratif et destiné aux seuls entretiens individuels
- Questionnaire « Passateurs » : destiné aux chercheurs

Les outils utilisés figurent dans les pages suivantes. Le questionnaire « Narratif » est présenté à la suite de l'extrait littéraire.

Étude EthNaA

Questionnaire destiné aux responsables institutionnels.

1. Depuis combien de temps la structure existe-t-elle ?
2. Depuis combien de temps en êtes-vous le responsable ?
3. De qui l'équipe est-elle constituée ?
4. Comment démarre un suivi chez vous ?
5. Y a-t-il une orientation théorique particulière au fonctionnement de l'équipe ?
6. Quelles sont, pour votre équipe, les figures de référence ?
7. Sur une échelle de 0 à 10, précisez votre degré d'adhésion aux discours sur les addictions suivant :
 - a. Le discours sociologique
 - b. Le discours cognitivo-comportementaliste
 - c. Le discours psychodynamique
 - d. Le discours des neurosciences

Étude EthNaA

Questionnaire sociodémographique destiné aux professionnels

1. Quel est votre sexe ?
2. Quelle est votre année de naissance ?
3. Quelle profession exercez-vous actuellement ?
4. Depuis quand ?
5. Quelle formation particulière avez-vous suivie concernant la problématiques des dépendances ?
6. Depuis quand travaillez-vous avec des sujets présentant une ou des addictions ?
7. Depuis quand travaillez-vous dans cette équipe ?

Étude EthNaA

Questionnaire sociodémographique pour les usagers

1. Quel est votre sexe ?
2. Quelle est votre année de naissance ?
3. Quelle est votre profession ?
4. Etes-vous actuellement en activité ?
5. Quelles sont vos conditions de logement ?
6. De combien de personnes se compose votre foyer ?
7. Depuis combien de temps fréquentez-vous ce lieu ?

Étude EthNaA

Questionnaire « Inquiétude » destiné aux focus groups (soignants) et entretiens individuels (soignants et addictés).

1. On dit que c'est difficile avec les personnes addictées. Qu'en pensez-vous ?
Laisser un temps de discours libre. Puis, si certains des thèmes suivant n'ont pas été abordés, relancer :
 - On dit qu'elles sont dangereuses.
 - On dit qu'elles sont menteuses.
 - On dit qu'elles sont faibles de volonté.
2. Et les femmes addictées, qu'en pensez-vous ?
3. Et alors, chez vous, comment voyez-vous les choses ?
*Pour les entretiens **individuels**, il y a deux aspects de la réponse : pour l'individu et pour le groupe. Faire une relance si l'un des deux n'est pas abordé : « Et pour vous personnellement/Et dans votre équipe, comment vous voyez les choses ? »*
4. D'une manière générale, faites-vous confiance aux personnes que vous rencontrez dans le soin ?
5. Pensez-vous qu'elles se fient à vous ?
6. Avez-vous confiance en ce qu'elles vous disent ?
7. Pensez-vous qu'elles ont confiance en ce que vous leur dites ?
8. Cette question de la confiance vous paraît-elle importante dans ce contexte ?

9. Dans le soin, entendez-vous vos interlocuteurs vous faire des promesses ?

10. Faites-vous des promesses ?

11. Ces promesses sont-elles tenues ?

Réponse attendue pour les promesses faites par l'agent et pour celles faites par son interlocuteur. S'il en manque, faire une relance : « Et pour les promesses que vous faites/qui sont faites par vos interlocuteurs ? »

12. Que se passe t'il quand elles ne sont pas tenues ?

Idem pour la relance.

13. À votre avis, ces questions sont-elles particulières au domaine des addictions ?

14. Pensez-vous qu'évoquer ces difficultés avec d'autres personnes à l'intérieur ou à l'extérieur de votre institution peut vous aider ?

15. Pensez-vous que la pratique de tests urinaires peut vous aider ?

16. Pensez-vous que faire signer un contrat peut vous aider ?

17. Avez-vous d'autres idées de ce qui pourrait vous aider ?

18. Durant cet entretien, avez-vous pensé à une histoire vécue dans le cadre du soin ?

19. Avez-vous pensé à une histoire littéraire ou cinématographique ?

Étude EthNaA

Questionnaire passateur

1. Que diriez-vous de la tonalité de cet entretien ?

2. Comment le groupe / l'individu a-t-il réagi aux questions abordées ?

3. Avez-vous le sentiment que l'ensemble des questions et des thématiques a pu être abordé ? Sinon, selon vous, pourquoi ?

4. Comment vous êtes-vous senti durant cet entretien ?

Support narratif

La méthodologie narrative tient une place importante dans le champ de la recherche en anthropologie médicale et en sciences sociales. Elle repose sur des techniques de mise en récit par les sujets à partir de matériaux divers³⁰³.

Dans le cadre de cette étude, le support narratif prenait la forme d'un extrait d'œuvre littéraire (*Lord Jim* de Joseph Conrad³⁰⁴), lu aux sujets par un chercheur. Ce choix avait pour objectif de permettre l'émergence de représentations latentes. Les sujets étaient décalés de leur place de professionnel ou de personne addictée par l'écoute d'un récit de fiction et l'invitation à une production créative faisant appel à l'imagination. Néanmoins, le cadre de la recherche (personnes interrogées en tant que soignant ou soigné, dans un lieu de soin et dans le cadre d'une étude portant sur le soin) induisait un discours nécessairement en lien avec le soin.

Le choix de l'extrait littéraire utilisé dans l'étude a été guidé à la fois par l'existence d'une littérature « critique littéraire »³⁰⁵ et psychanalytique³⁰⁶ très riche portant sur l'œuvre en question, et par la cohérence des problématiques soulevées dans l'œuvre avec le sujet de la recherche.

Le corpus critique permet en effet de situer précisément l'œuvre littéraire, les effets qu'elle produit et les thématiques qu'elle aborde. Le questionnement éthique y est en particulier central³⁰⁷. Le roman pose la question des principes qui gouvernent l'action humaine et, dans un contexte régit par des normes de conduite, des conséquences induites par la transgression de ces normes. Ce questionnement est à la fois abordé d'un point de vue social et subjectif, explorant les effets de cette transgression sur l'individu et les aménagements qu'elle opère³⁰⁸. Ces

³⁰³ Voir par exemple : Jonathan A. Smith, *Qualitative Psychology: A Practical Guide to Research Methods* (Thousand Oaks, CA: SAGE, 2007); Sophie Alami, Dominique Desjeux, et Isabelle Garabau-Moussaoui, *Les méthodes qualitatives* (Presses Universitaires de France - PUF, 2013).

³⁰⁴ Joseph Conrad, *Lord Jim* (London: Blackwood, 1900).

³⁰⁵ Voir par exemple : Josiane Paccaud-Huguet, *Joseph Conrad 2. « Heart of Darkness » une leçon de ténèbres* (Paris: Lettres Modernes Minard, 2002).

³⁰⁶ Voir par exemple : Hélène Deutsch, « Lord Jim et la dépression », in *Les « comme si » et autres textes : 1933-1970*, par Hélène Deutsch (Paris: Seuil, 2007), 255-60.

³⁰⁷ Fred Madden, « The ethical dimensions of Heart of Darkness and Lord Jim: Conrad's debt to Schopenhauer », *Conradiana* 33, n° 1 (1999): 42-62.

³⁰⁸ Jean-Luc Donnet, « Lord Jim ou la honte de vivre », in *L'humour et la honte*, par Jean-Luc Donnet (Paris: Presses Universitaires de France - PUF, 2009), 21-70.

Étude EthNaA

Extrait de « Lord Jim », J. Conrad, Le livre de poche, 2007, p18-19.

Jim bénéficiait toujours de salaires substantiels et de prévenances susceptibles de faire naître la fidélité au cœur d'un scélérat. Pourtant, avec une noire ingratitude, il renonçait subitement à son poste et s'en allait. Les raisons qu'il donnait à ses employeurs pour expliquer son départ étaient manifestement fallacieuses. On disait : « Quel sacré imbécile ! » dès qu'il avait le dos tourné ; et là se bornaient les commentaires sur sa superlative susceptibilité.

Pour les blancs de la côte et les commandants de navires, il était « Jim » – rien d'autre. Evidemment, il avait une identité plus complète, mais il n'acceptait pas de l'entendre mentionner. Son incognito, qui était aussi percé qu'un tamis, ne visait pas à dissimuler une personne, mais un fait. Lorsque celui-ci traversait le masque, il quittait sans délai le port où il se trouvait, et partait pour un autre, généralement plus loin vers l'est. Il s'en tenait au ports parce qu'il était un marin exilé de la mer et parce qu'il avait en lui la qualité d'efficiencia, qui n'a de valeur que pour le métier de commis maritime. Sa retraite le poussait toujours plus loin vers le soleil levant, et le fait le suivait, comme par hasard, mais inexorablement. C'est ainsi qu'en l'espace de quelques années on le vit successivement à Bombay, Calcutta, Rangoon, Penang, Batavia – toujours connu dans ces diverses escales sous le seul nom de « Jim, le commis maritime ». Plus tard, lorsque son sentiment aigu de l'intolérable l'eut poussé, loin des ports et des hommes blancs, jusque dans la forêt vierge, les Malais du village de la jungle où il avait choisi de cacher sa déplorable singularité ajoutèrent un mot au monosyllabe de son incognito. Il l'appelèrent Tuan Jim ; Lord Jim, dirions-nous.

Étude EthNaA

Questionnaire Narratif

1. À votre avis, que s'est-il passé avant ?
2. À votre avis, que va-t-il se passer après ?
3. Que pensez-vous du personnage ?
4. Que pensez-vous du narrateur ?
5. Avez-vous pensé à une histoire vécue dans le cadre du soin ?

problématiques apparaissent comme particulièrement vives autour de la question des addictions^{309,310}.

L'extrait choisi soulève ces questions à travers divers thèmes mettant en jeu des valeurs morales telles que la faute, la responsabilité, la culpabilité, la honte, le mensonge et la dissimulation puis la tolérance, la reconnaissance et la rédemption. Mais, il aborde également les questions de l'identité et de la relation narrateur-personnage, éléments centraux de la relation de soin³¹¹.

3.3. Schéma récapitulatif de la procédure

| Sujets | | Professionnels | | Usagers |
|--------------------------|---------------------------|--|--|--|
| Dispositifs | | Individuels | Focus groups | Individuels |
| Nombre requis par centre | | 1 Responsable 2 Membres d'équipe | 6 à 8 Membres d'équipe | 2 Usagers |
| Interventions | Visite 1 (1 à 2 temps) | Questionnaire « Responsables » | | |
| | | Informations | | |
| | Visite 2 (2 à 5 temps) | Consentement | | |
| | | Questionnaire « SD » Questionnaire « Narratif » Questionnaire « Inquiétude » | Questionnaire « SD » Questionnaire « Inquiétude » | Questionnaire « SD » Questionnaire « Narratif » Questionnaire « Inquiétude » |
| | | Questionnaire « Passateurs » | | |

Transcription – Analyse

³⁰⁹ Hachet, *Les toxicomanes et leurs secrets*. op.cit.

³¹⁰ Reyre et al., « In-quiétude et souci de soi comme éthique dans les relations thérapeutiques avec les patients addicts ». op.cit.

³¹¹ Olivier Taïeb et al., « Les histoires des toxicomanes : intérêts de la notion d'identité narrative de Ricœur dans les addictions », *L'Évolution Psychiatrique* 70, n° 4 (2005): 755-69, doi:10.1016/j.evopsy.2004.12.006.

3.4. Analyse des données

Analyse de contenu

Les entretiens retranscrits ont été importés dans le logiciel NVivo® d'aide à l'analyse qualitative. Les trois chercheurs principaux de l'étude ont analysé séparément chacun des entretiens. L'objectif de la recherche était de décrire, à partir d'un nombre limité d'entretiens et le plus précisément possible, les aménagements de la relation de soin dans le cadre particulier des addictions, mais aussi d'en dégager des éléments de sens non accessibles de façon immédiate dans les discours. Ce souhait d'une approche à la fois descriptive et interprétative nous a fait choisir, comme méthode d'analyse de contenu, l'analyse phénoménologique interprétative (*Interpretative Phenomenological Analysis* - IPA)^{312,313}. Cette technique d'analyse repose sur des lectures répétées du matériel transcrit pour en dégager des éléments pertinents progressivement regroupés en thèmes. Les thèmes extraits des différents entretiens sont ensuite assemblés en méta-thèmes. L'analyse des données commence dès les premiers recueils, ce qui permet d'adapter la conduite des entretiens afin d'enrichir le matériel recueilli.

Analyse psychodynamique

En amont, parallèlement et au décours de l'analyse de contenu des discours, divers éléments élaborés et recueillis dans les carnets de recherche ou au cours des réunions communes nous ont permis de situer nos résultats dans la perspective de la mise en relation des participants avec les chercheurs. La complexité de notre question de recherche nous interdisait en effet de négliger les informations contextuelles associées aux discours. Si cette position est classique dans le domaine de l'analyse qualitative, les connaissances et compétences des membres du groupe

³¹² Jonathan A. Smith, « Beyond the divide between cognition and discourse: Using interpretative phenomenological analysis in health psychology », *Psychology & Health* 11, n° 2 (1996): 261-71, doi:10.1080/08870449608400256.

³¹³ Jonathan A Smith, « Reflecting on the development of interpretative phenomenological analysis and its contribution to qualitative research in psychology », *Qualitative Research in Psychology* 1, n° 1 (2004): 39-54, doi:10.1191/1478088704qp004oa.

de recherche et de ses superviseurs ont permis de pousser plus loin cette analyse à l'aide de concepts issus notamment de la théorie psychanalytique des groupes et des institutions.

3.5. Critères de validité

La validité d'une méthode qualitative repose sur la description minutieuse du procédé de recherche, sur le travail de réflexivité des chercheurs et sur la rigueur de la triangulation³¹⁴. Ces attitudes et élaboration permettent de rendre compte de l'objectivité des résultats, de leur validité instrumentale et théorique et de leur fidélité³¹⁵. Ces divers concepts propres au champ méthodologique qualitatif seront détaillés après la présentation des résultats de l'étude.

4. Résultats

Nous allons ici rapporter l'ensemble des résultats de l'étude EthNaA. Nous présenterons ceux qui sont communs aux trois centres dans une analyse transversale et ceux qui diffèrent dans une analyse comparative. Ces analyses seront précédées d'une explication sur la nomenclature et la présentation des discours, et suivis d'une évaluation de la validité des résultats.

4.1. Nomenclature et mode de présentation des discours

Les participants sont identifiés par un tétragramme. Les deux premières lettres correspondent au lieu de rattachement des participants (CA : CAARUD ; CH : CHU ; CS : CSAPA), la troisième ou les deux dernières au dispositif dans lequel les discours ont été recueillis (FG : *focus group* ; I : individuel).

³¹⁴ Kirsti Malterud, « Qualitative Research: Standards, Challenges, and Guidelines », *Lancet* 358, n° 9280 (2001): 483-88, doi:10.1016/S0140-6736(01)05627-6.

³¹⁵ Jerome Kirk et Marc L. Miller, *Reliability and Validity in Qualitative Research* (Thousand Oaks, CA: SAGE, 1986).

Dans le cas des *focus group*, le tétragramme est complété d'une lettre assignée par les chercheurs au participant (ordre dans lequel ils se sont installés dans la salle).

- Par exemple :

CHFG-C identifie un professionnel du CHU rencontré dans le cadre du *focus group* (assise en troisième position à partir de la gauche des chercheurs).

Pour les entretiens individuels, l'identification comme professionnel ou comme usager du participant (Pro : professionnel ; Us : usager) complète le tétragramme auquel s'ajoute un numéro d'ordre assigné.

- Par exemple :

CAIUs1 identifie un patient fréquentant le CAARUD auquel le numéro d'ordre 1 a été assigné.

Les citations d'éléments de discours des participants sont insérées dans des guillemets français (« »). Les citations faites par les participants apparaissent entre guillemets anglais de second niveau (‘ ’). L'auteur de la citation est identifié après le guillemet final. Certaines citations qui relatent un échange entre participants ou entre participant et chercheur sont présentées sous forme de dialogue littéraire. Le locuteur est alors identifié en début de phrase puis viennent les suivants avec un passage à la ligne les séparant. Les discours n'apparaissent pas entre guillemets mais les citations faites par les participants figurent entre guillemets anglais de second niveau.

Une césure au sein d'une citation est figurée par trois points entre parenthèses : (...). Des mots entre parenthèses () correspondent à des éléments de discours omis par le locuteur par erreur ou pour éviter une répétition et insérés par les chercheurs au moment de la transcription pour faciliter la compréhension du discours. Les mots entre crochets [] correspondent à des éléments d'information ajoutés par les chercheurs aux discours pour en enrichir le sens (silences significatifs, rires, expressions du visage, gestuelle, comportements...).

4.2. Analyse transversale

Cette section de l'analyse des discours constitue le cœur des résultats et de leur mise en forme dans le cadre d'une théorie. Elle cherche à rendre compte de la globalité des données issues des terrains et permettra ensuite de dégager des thèmes

qui serviront de support à notre discussion. Elle s'appuie donc sur une analyse longitudinale des réponses aux questionnaires, sur les analyses portant spécifiquement sur les discours individuels autour du texte littéraire et sur les dynamiques groupale des *focus groups* réalisées par deux autres chercheurs du groupe EthNaA ainsi que sur les documents contenant les élaborations réflexives des chercheurs (préconceptions, carnets de recherche, questionnaires « passateurs », comptes-rendus de réunions et de supervision...).

Compte tenu de notre choix méthodologique d'appliquer à nos données une double analyse, phénoménologique et interprétative, nous présentons nos résultats en deux temps : ceux qui concernent la rencontre entre chercheurs et acteurs de terrain puis ceux qui parlent de la relation entre professionnels et personnes addictées. En commençant par l'exposé de notre expérience propre de la relation avec les acteurs de terrain, nous souhaitons respecter, sur un mode narratif, la chronologie de nos élaborations théoriques au cours de la recherche – nous avons en effet eu à penser ce que nous avons vécu au contact des participants à l'étude avant de retranscrire et travailler sur leurs discours – mais aussi souligner que l'analyse des discours recueillis doit être éclairée par le contexte dans lequel ils ont été énoncés. Nous proposons donc au lecteur de prendre connaissance de nos expériences, pour ne pas dire nos aventures, sur les terrains avant de lire les résultats d'analyse des discours.

La relation entre chercheurs et acteurs de terrain

Pour évoquer cette relation, nous nous appuyons sur le contenu des carnets de recherche, des questionnaires « passateurs », des comptes rendus de réunions du groupe de recherche et des notes prises au cours des séances de supervision de l'étude. Ces données ont fait l'objet d'un travail d'élaboration proprement psychanalytique développé dans les travaux de Myriam Larguèche³¹⁶ et Raphaël

³¹⁶ Myriam Larguèche, « Quand l'inquiétude traverse le groupe, focus sur trois équipes soignantes en addictologie » (Mémoire de M2R, Paris 13, 2012).

Jeannin³¹⁷. Pour notre part, nous n'en soulignerons que certains éléments essentiels pour l'éclairage de notre propos.

Nous avons déjà mentionné certaines difficultés que nous avons connues dans le « recrutement » de centres pour l'étude, ainsi que le contenu de nos premiers entretiens avec les responsables d'équipe. Ces divers échanges et expériences nous ont accompagnés au moment de la rencontre avec les équipes pour la présentation formelle de l'étude, puis avec les participants pour son démarrage effectif. Les tonalités de ces rencontres ayant été très diverses dans les différents centres, nous en ferons état de manière séparée.

Le CAARUD

La première rencontre avec les membres de l'équipe du CAARUD s'est faite sur un temps de leur réunion hebdomadaire. Il s'agissait de leur présenter la recherche.

Un lieu au statut intermédiaire

Les chercheurs ont d'abord été frappés par la façade du CAARUD. Totalement banalisée, elle ne laissait apparaître aucun signe distinctif à l'exception d'une petite carte au-dessus d'un bouton de sonnette mentionnant le nom de la structure et invitant à sonner. Les vitrines donnant directement sur la rue étaient recouvertes d'un film dépoli et cet aspect terne contrastait avec les devantures des boutiques voisines. Dans ce quartier animé et agréable de Paris, l'entrée dans ce lieu a donné aux chercheurs le sentiment de pénétrer dans un espace hors-ville. Le passage de la porte donnait accès à une grande salle décloisonnée où l'on pouvait voir quelques chaises, des documents et du matériel de RdR et un distributeur de café. Bien qu'étant en réunion, certains professionnels se déplaçaient dans la salle sans donner l'impression de partager un temps commun formel. Les chercheurs ont fait état de leur difficulté, dans ce premier temps, à savoir si leurs interlocuteurs étaient des professionnels ou des usagers. Il leur a fallu attendre une dizaine de minutes, le temps que les personnes présentes s'assoient et qu'un éducateur prenne la parole au nom du groupe pour comprendre à qui ils faisaient face. Le responsable de l'équipe

³¹⁷ Raphaël Jeannin, « De l'inquiétude à la honte, une approche narrative du rapport à l'action dans la relation de soins en addictologie » (Mémoire de M2R, Paris 13, 2012).

était effectivement absent. Durant cette attente, les chercheurs lisant les affiches sur les murs ont été marqués par l'une de celles-ci sur laquelle figurait une liste d'usagers du centre morts dans les semaines précédentes. La présentation de la recherche a été relativement brève en l'absence de question des professionnels. Ils semblaient se sentir illégitimes à interroger notre projet et à s'engager dans la recherche en l'absence de leur responsable vers lequel les chercheurs ont été renvoyés. Certains échanges durant ce moment ont montré que les membres de l'équipe connaissaient Avicenne comme un lieu psychiatrique où la question de la culture était prise en compte, mais avec un niveau d'intellectualisation et de sophistication qui en rendaient le recours difficile pour eux et leurs usagers.

Une hostilité première

Le *focus group* a eu lieu deux semaines plus tard. La plupart des professionnels présents n'avaient pas assisté à la présentation de l'étude mais tenaient à rassurer les chercheurs sur le fait que les informations leur avaient été transmises. Les chercheurs se sentaient quelque peu inquiets de cette relative désorganisation. Il s'agissait de plus de l'entretien inaugural de l'ensemble de l'étude. Le chercheur animant le *focus group* a ainsi fait une longue introduction retardant le début du questionnaire. Il semblait craindre à l'avance les effets des questions à poser et prenait toutes sortes de précautions. Le début de l'entretien s'est en effet révélé difficile. Le groupe a manifesté une hostilité importante vis-à-vis des chercheurs. À l'énoncé des premières questions, un membre du groupe, ancien de l'équipe, s'est montré agacé et agressif, attaquant l'élaboration du questionnaire et attribuant manifestement aux chercheurs les jugements moraux contenus dans les représentations de sens commun qui leur étaient proposées. Le reste du groupe le laissait faire tout en acceptant toutefois de répondre aux questions. Dans ce premier temps, ce sont les professionnels les plus jeunes de l'équipe qui ont pu le plus faire part de leur expérience du soin. Les chercheurs se sentaient mal à l'aise et avaient le sentiment d'être déplacés, de poser des questions inquisitrices qui se retournaient contre eux et se demandaient s'ils allaient pouvoir mener à terme l'entretien. Ce dernier s'était d'ailleurs trouvé interrompu à plusieurs reprises par des usagers venus sonner à la porte.

Malgré des échanges contenant des éléments intéressants, les discours restaient assez circonspects et l'atmosphère pesante. Après une heure et quart d'entretien, un mouvement d'impatience du groupe a conduit certains professionnels « porte-paroles » à demander une pause. Les deux chercheurs, pris de cours, se sont retrouvés à porter des positions opposées. Celui qui animait l'entretien et se trouvait garant du cadre du *focus group* ne souhaitait pas de pause, tandis que celui qui prenait des notes en était également demandeur. Compte tenu de la tension qui régnait dans le groupe à ce moment, il n'a pas paru possible au chercheur-animateur de s'opposer à ce mouvement quasi consensuel, sous peine de se voir totalement isolé.

La pause : un décalage du cadre salulaire

Or, cette rupture du rythme de l'entretien, cette pause « cigarette » imposée par le groupe a été déterminante pour la suite de l'entretien et la qualité des données recueillies. La quasi-totalité du groupe de professionnels s'est retrouvée sur le trottoir devant la porte du CAARUD pour fumer. Le chercheur-animateur est resté dans la salle, seul, tandis que l'autre chercheur est allé partager ce temps avec les professionnels. Il a alors été assailli de questions sur son identité et celle de l'étude EthNaA ainsi que sur leurs positions par rapport aux représentations morales évoquées dans les premières questions : les chercheurs étaient-ils bien des soignants ? Étaient-ils réellement affiliés au service d'Avicenne qui leur était connu ? Adhéraient-ils aux « on dit » dont ils faisaient état dans leur questionnaire ? Ce temps d'échange informel et décalé entre professionnels et chercheurs a produit un réel apaisement pour les professionnels qui se sont manifestement sentis moins attaqués et mis en cause par la recherche. L'entretien a pu reprendre ensuite dans un climat plus tranquille où la parole a circulé de manière plus libre. Les interruptions par les usagers se sont poursuivies (dix-huit au total). Il s'est agi au final d'un entretien long, riche et complet. Il s'est terminé par un moment de discussion libre durant lequel des professionnels ont fait part du plaisir qu'ils ont eu à participer à l'étude et à réfléchir aux questions posées. Il y a également eu un jeu entre les professionnels et entre professionnels et chercheurs autour des notions de confiance et de promesse. Ce temps final a produit un soulagement important chez les chercheurs qui doutaient de la « réussite » de l'entretien et se trouvaient toujours

préoccupés par l'hostilité qui avait dominé les échanges du début. Cette alliance entre le groupe et les chercheurs était toutefois incomplète, un professionnel, ancien de l'équipe, ayant repris en fin d'entretien une position de défiance, notamment en assimilant le dispositif de recherche et le déroulement de l'entretien de groupe à l'atmosphère de « Vol au-dessus d'un nid de coucou³¹⁸ ». Lors des réunions de recherche suivantes, les chercheurs, éprouvés, ont fait état d'un sentiment d'avoir été mis par le groupe dans des positions identitaires diverses, alternativement radicalement extérieures et persécutantes (chercheurs rigides, *vulgum pecus*, soignants de « haut seuil ») puis intégrées voire absorbées (*alter ego*, superviseurs soignants le groupe).

D'autres échanges singuliers

Ces sentiments d'oscillation identitaire, de fragilisation du cadre de l'étude et « d'intranquillité accueillante » dans les murs du CAARUD ont été éprouvés également par les chercheurs venus quelques semaines plus tard pour réaliser les entretiens individuels avec les soignants, puis avec les usagers. Les premiers ont été aisés à organiser mais se sont également déroulés dans des conditions singulières. Les deux entretiens se sont fait dans un climat agréable pour chercheurs et professionnels, donnant lieu à un contenu de discours très riche et à un degré de « dévoilement » des soignants élevé. Toutefois, les chercheurs ont été frappés et préoccupés par le contraste entre l'intensité de ce qui était dit et le peu de sécurité qu'offraient les lieux où se déroulaient les entretiens. Les « bureaux » mis à disposition n'assuraient aucune confidentialité, les cloisons étant trop fines et laissant entendre toutes les discussions alentour, les portes régulièrement ouvertes de manière intempestive, le téléphone sonnant malgré les demandes des participants de ne pas être dérangés... De plus, l'un des deux entretiens a été interrompu durant vingt minutes pour permettre au professionnel d'aller soutenir l'équipe face à un usager agité et agressif. La rencontre des usagers pour les entretiens de recherche a également été éprouvante pour les chercheurs. Il ne semblait pas possible à l'équipe du CAARUD d'organiser des rendez-vous avec les usagers pour l'étude et il a donc été décidé que les chercheurs iraient passer deux demi-journées dans la salle

³¹⁸ Milos Forman, *Vol au dessus d'un nid de coucou* (United Artists, 1975).

d'accueil du CAARUD pour s'adresser directement aux usagers. Plus ou moins accompagnés par les professionnels, ils ont dû aller vers les usagers pour les solliciter et réaliser les entretiens dans l'espace ouvert, un peu à l'écart mais parmi les usagers et les professionnels présents. Ces contacts ont été difficiles puisque de nombreux usagers parlaient mal le français et étaient réticents à répondre à des questions. Certains usagers ont demandé confirmation de l'identité des chercheurs aux professionnels qu'ils connaissaient, déclarant que des policiers en civil venaient souvent enquêter dans cette salle.

Parallèlement à ces difficultés singulières, un climat de confiance s'est établi entre certains professionnels et les chercheurs, et certaines histoires illustrant simultanément la persécution par l'extérieur et l'insécurité interne ont été racontées. Dans les moments informels, plusieurs professionnels sont revenus sur les événements qui ont entouré la création du CAARUD à la fin des années 1990. Le voisinage s'était en effet mobilisé contre l'implantation du centre et s'étaient engagés dans une lutte très violente. Des messages hostiles voire haineux à l'égard des usagers et des professionnels avaient été affichés aux fenêtres et une « protection policière » avait été nécessaire pour permettre l'ouverture du CAARUD. Deux autres événements sont survenus juste avant et pendant le temps de participation de l'équipe à l'étude. Ils ont en commun d'illustrer le rapport singulier entre espace interne et externe dans ce lieu, la fragilité des enveloppes protectrices et un certain jeu des identités. Quelque mois avant que nous contactions l'équipe, le responsable a fait une chute grave dans les escaliers du centre, fraîchement lavés par la femme de ménage et donc glissants. Cette chute avait eu lieu en présence d'un autre membre de l'équipe ayant eu alors la pensée que son responsable était mort. Ce dernier a été hospitalisé et a pu reprendre ses fonctions après un long arrêt-maladie. Cet accident a été manifestement terrifiant pour le soignant en question et pour son équipe. L'autre événement est double : deux cambriolages du CAARUD ont eu lieu dans des conditions similaires, à quelques semaines d'écart – le premier avant le début de l'étude, le second pendant celle-ci. Selon les professionnels, ces deux effractions ont été permises par une négligence de la femme de ménage ayant laissé une fenêtre entrebâillée. D'après eux, ce sont des usagers habitués du CAARUD qui ont pénétré les lieux et se sont emparés de documents contenant l'identité de certains usagers et servant à les

accompagner dans leurs démarches (titres de séjour, passeports, attestations d'AME...).

Nous reprendrons dans nos analyses ultérieures certains de ces éléments, mais il nous est permis d'ors et déjà de souligner ce qui, ici, peut être mis en scène de manière inconsciente par l'équipe et les usagers. Il nous semble par exemple que le rôle attribué par l'équipe à la femme de ménage est particulièrement significatif. Cette dernière se situe effectivement à l'interface entre le dedans et le dehors du centre. Elle en possède les clés mais ne fait pas partie de l'équipe. Elle a accès symboliquement à l'intimité des soignants et des usagers mais ne partage rien avec eux. Elle est ainsi dotée d'un certain pouvoir tout en étant suspectée (comme les chercheurs en leur temps) de porter des représentations morales péjoratives à l'égard des usagers et de l'entreprise de soin que représente le CAARUD, en connivence avec l'environnement extérieur. Elle se retrouve donc à la place de celle par qui l'effraction traumatique a lieu. Mais cette place intermédiaire souligne également que la menace provient autant du dedans que du dehors. C'est ce qui est mis en scène par la chute du responsable (qui est celui qui doit tenir) et par l'effraction opérée par les premiers bénéficiaires des efforts des professionnels : les usagers. Pour les professionnels donc, « le ver est dans le fruit », et c'est ce que nous entendrons plus loin dans le contenu de leurs discours. Ils ajouteront l'idée que ce mal intérieur est à relier aux histoires catastrophiques des usagers et aux traces qu'elles ont laissées. Nous voyons dans ces cambriolages la mise en scène très nette de l'effraction, de la pénétration, du viol d'un espace commun aux autres usagers et aux professionnels, supposé bon pour eux, mais aussi de leur propre espace psychique support de leur identité (vol des papiers d'identité). Cela fait penser aux nombreuses histoires de maltraitance physique et de violences sexuelles dont les professionnels font état au sujet des patients. Comme le résume Larguèche³¹⁹ : « les violences répétées sont un moyen de reproduire à l'identique le 'scénario originel' d'une violence subie. La forme qu'emprunte cette violence vis-à-vis de l'institution pouvant être lue comme une résonnance de ce 'scénario originel' projeté sur l'institution » (p.56). Face à ces mises en scène, les professionnels semblaient simultanément attaqués au fondement de leur identité de soignant et

³¹⁹ Larguèche, « Quand l'inquiétude traverse le groupe, focus sur trois équipes soignantes en addictologie », op.cit.

culpabilisés de ne pas parvenir à protéger les usagers de leur propres conduites. Simultanément victimes et bourreaux, ils exprimaient alors une forme de honte provoquant abattement et colère diffuse.

Le CHU

La rencontre avec les participants du CHU s'est révélée très différente. S'agissant d'un lieu renommé dans le champ du soin des addictions, nombreux sont les membres du groupes de recherche à avoir voulu participer à la présentation de l'étude dans ce service. Les locaux présentaient les caractéristiques habituelles d'un lieu d'hospitalisation : environnement plutôt agréable, couloirs clairs et « cliniques » dans lesquels il est difficile de se retrouver, espaces cloisonnés...

Un lieu « frère »

La présentation s'est faite lors d'un staff de l'équipe d'hospitalisation. Y étaient présents le responsable d'équipe, le cadre de santé ainsi que de nombreux médecins et infirmiers du service. L'accueil était plutôt bienveillant et détendu, même si les attributs classiques d'un staff hospitalier (blouses blanches, dossiers divers, distribution codifiée de la parole...) produisaient un certain effet de solennité sur l'équipe de chercheurs. Ces derniers étaient de plus assez préoccupés de la manière dont ces spécialistes hospitalo-universitaires, fins connaisseurs des méthodologies scientifiques, allaient accueillir et juger leur démarche de recherche. À l'issue des premiers échanges avec les responsables du service, nous avons eu l'impression que cette démarche était facilement acceptée parce que nous appartenions à une institution « sœur » elle-même hospitalo-universitaire et qu'il s'agissait d'une amitié qui nous était faite plus qu'un véritable intérêt pour la question de recherche et la méthodologie employée. Nous avons eu, dans ce moment de présentation, le besoin de montrer à ces responsables que nous étions « à la hauteur » de leurs attentes scientifiques tout en convaincant les soignants de l'intérêt de notre démarche. Cela nous a donné le sentiment d'être d'emblée dans une position de séduction vis-à-vis de cette équipe.

Un groupe idéal

Les chercheurs réalisant le *focus group* quelques jours plus tard ont adopté cette même position en début d'entretien, cherchant à mettre les participants à l'aise et s'interrogeant sur l'opportunité de leur proposer de viennoiseries³²⁰. Les conditions matérielles de l'entretien étaient idéales : salle de réunion bien équipée, soignants libérés de leurs obligations. Cela n'a pas empêché les chercheurs d'être préoccupés par la faisabilité de l'entretien de groupe. En effet, les soignants sont arrivés en ordre dispersé, parfois en retard et pas toujours clairement au fait de la teneur de l'entretien. Mais les soignants semblent avoir d'emblée abandonné toute réserve vis-à-vis de chercheurs. Il est possible qu'ils aient déjà été sollicités par le passé pour participer à des recherches de type ethnographique et donc peu surpris par le cadre de l'entretien, mais il est certain qu'ils se sentaient sécurisés par leur propre cadre, leur environnement de travail, leur blouse blanche et probablement également par la manière dont ils avaient été invités à participer à l'étude. Effectivement, contrairement aux autres lieux de soin où les soignants se sont proposés d'eux-mêmes pour participer, ils ont ici été désignés – avec leur accord évidemment – par le cadre de santé et le responsable médical. Ils avaient donc en commun d'être l'objet d'une considération et d'une confiance particulière des responsables et avaient ainsi la mission de présenter aux chercheurs une certaine image de l'institution³²¹. Les chercheurs ont d'ailleurs souligné qu'ils avaient eu le sentiment d'avoir affaire à des soignants « triés sur le volet ». L'inquiétude des chercheurs pour la cohérence du groupe a été majorée par la découverte d'une appartenance des soignants à différentes équipes du service alors qu'il avait été demandé que seuls des professionnels de l'hospitalisation soient présents. Cela a renforcé le sentiment des chercheurs d'être face à une « sélection » représentative en premier lieu de ce que l'institution voulait montrer d'elle-même.

Il n'en demeure pas moins qu'une véritable dynamique de groupe s'est mise en place dès le début de l'entretien. L'appartenance au service semblait plus significative pour les soignants qu'une appartenance à telle ou telle équipe. Le

³²⁰ Cela ne sera finalement pas fait.

³²¹ Il est important de souligner à ce propos que cela n'a pas empêché ces soignants d'adopter par moments des attitudes attaquant vis-à-vis de leur service. Cela renforce l'impression de sécurité et de confiance de ces professionnels dans leur institution.

climat d'échange était dénué de toute hostilité, les questions semblant parfaitement naturelles aux participants. Ils semblaient accorder une grande confiance aux chercheurs et à leurs collègues du groupe, leur livrant des affects et des histoires parfois très intimes. Le groupe se montrait alors très soutenant à l'égard de ceux qui parlaient. Dans ce contexte, les chercheurs se sentaient témoins d'un échange de groupe plus qu'« investigateur » et animateurs du groupe. Leur extériorité était par moment annulée et le groupe semblait alors mener une vie autonome. Dans d'autres moments, les professionnels donnaient l'impression de s'adresser à un superviseur, montrant par là leur représentation des chercheurs affiliés au service de psychopathologie d'Avicenne comme des psychanalystes. Cette configuration du groupe évoque l'illusion groupale, concept classique développé dans la théorie psychanalytique des groupes et des institutions, en particulier par Didier Anzieu³²², qui décrit un état primitif de la constitution d'un groupe. Dans cet état, le groupe se vit comme un groupe idéal, sans aucun conflit. Chaque membre du groupe est en même temps certain d'être l'objet de l'amour du père (ici les responsables du service) et renonce à en être le préféré, contenant ainsi la rivalité fraternelle. Ce groupe où chacun peut dire selon la formule d'Anzieu : « nous sommes bien ensemble », ne fonctionne toutefois qu'au prix d'une expulsion du négatif vers l'extérieur et d'une fusion des individus dans le groupe. Chacun renonce à une part de sa subjectivité pour devenir un membre de *ce* groupe. Les différences, notamment de sexe et de génération, y sont aplanies. Dans le cadre de ce *focus group*, il n'est pas facile de savoir vers quoi ou qui a été dirigée l'agressivité de ce groupe. L'extérieur dans sa globalité est persécutant mais pas nécessairement plus que dans les autres centres de l'étude, comme nous le verrons bientôt. Si l'entretien s'était prolongé, elle aurait peut-être pu se cristalliser sur une soignante restée un peu en retrait du mouvement du groupe et qui a bénéficié de moins d'attention de la part des autres : une aide-soignante qui n'a pris la parole que pour évoquer la « faible espérance de vie » des soignants en addictologie. Une option classique des groupes dans l'illusion groupale est en effet de se choisir un bouc-émissaire parmi ses membres, mais cela ne s'est pas produit. En revanche, l'aplanissement des différences dans le groupe a été flagrant, chacun s'exprimant au même niveau quel

³²² Didier Anzieu, *Le groupe et l'inconscient* (Paris: Dunod, 1975).

que soit son métier, sa position hiérarchique ou son équipe d'appartenance. Les chercheurs ont la plupart du temps été intégrés à cette illusion groupale, ce qui explique leur absence d'extériorité et leur propre sentiment d'avoir vécu un « bon moment » avec les participants. Ce d'autant plus que ces derniers ont offert aux chercheurs des discours particulièrement concordants avec leurs préconceptions. Nous verrons plus loin quels problèmes cela peut poser à l'interprétation des résultats.

Des rencontres individuelles moins « liées »

Les chercheurs qui sont revenus quelques jours plus tard pour réaliser les entretiens individuels n'ont pas rencontré la même « idéalité ». Les professionnels rencontrés étaient en quelque sorte « hors groupe » puisqu'il s'agissait du cadre de santé et d'une secrétaire. Le cadre avait effectivement une position de *leadership* dans l'équipe et était à l'origine de la sélection des participants au *focus group* et aux entretiens individuels. Il s'était lui-même désigné pour cet entretien et donnait au chercheur le sentiment de vouloir en contrôler le rythme. De son côté, la secrétaire n'avait pas d'activité clinique directe et a parlé des patients à partir de son expérience propre, ce qui a amené le chercheur à s'inquiéter de son bien-être durant l'entretien mais aussi dans sa vie quotidienne et à se questionner sur des consommations addictives passées voire actuelles. Ces entretiens se sont toutefois déroulés dans de bonnes conditions et ont laissé une impression relativement agréable aux chercheurs comme aux participants. La tâche des chercheurs s'est compliquée lorsqu'il s'est agi de rencontrer des usagers. Alors que leur venue était prévue et planifiée depuis plusieurs jours, les patients et les équipes d'hospitalisation ne semblaient pas en avoir été informés. Il leur a donc fallu attendre avant de pouvoir voir deux usagers choisis et informés à la dernière minute. L'un des entretiens s'est révélé intéressant mais « hors cadre » puisqu'il s'est déroulé sur un banc, comme une discussion entre ami, le patient ayant pris avec lui un café et fumant des cigarettes. Dans ce contexte, certains échanges entre le chercheur et le patient donnaient le sentiment d'une connivence mais aussi d'une discrète lutte pour la « maîtrise » de l'entretien, le premier reformulant de manière précautionneuse les questions, le second rassurant le premier sur le fonctionnement de l'enregistreur et « démasquant » l'auteur de l'extrait littéraire. L'autre entretien a

dû être interrompu prématurément, la patiente se trouvant trop angoissée par les questions et le chercheur trop sollicité par ses préoccupations de soignant.

Le CSAPA

La rencontre avec les professionnels du CSAPA était pour nous d'emblée plus problématique. Nous avons en effet choisi ce lieu après la défection d'un autre terrain, et l'urgence dans laquelle nous nous trouvions nous avait fait renoncer à l'idéal de ne pas faire l'étude avec un centre avec lequel nous avions une proximité trop importante.

Des chercheurs « exposés » par les leurs

L'un des chercheurs sur ce terrain y avait effectivement fait une formation théorique longue et connaissait plusieurs professionnels. Une autre conséquence de cette situation d'urgence est que nous avons dû proposer à des chercheurs peu expérimentés de réaliser l'entretien de groupe. Ce dispositif était en effet considéré par nous comme un élément central de l'étude et comme un exercice délicat mobilisant des compétences scientifiques, méthodologiques et d'animation de groupe. Les deux *focus groups* précédents avaient été animés par l'un des trois principaux chercheurs. Or, dans le cas présent, la réalisation de l'entretien de groupe a été confiée à une infirmière ayant peu l'expérience de l'animation des groupes et n'ayant pas de pratique préalable en recherche. Ce choix a eu des conséquences sur le déroulement de l'entretien que nous allons bientôt décrire et nous a donné le sentiment, par la suite, d'avoir « exposé » certains des membres du groupe de recherche.

La franche hostilité du groupe

Le *focus group* du CSAPA s'est déroulé dans des conditions très difficiles. Contrairement aux deux autres entretiens de groupe qui ont duré plus de deux heures chacun, celui-ci n'a pu être poursuivi qu'une petite heure. Les participants se sont présentés dans la salle prévue pour l'entretien avec un retard important sur l'horaire convenu. Le *focus group* a ainsi démarré avec une heure de retard. Le groupe a ensuite reproché aux chercheurs de mener un entretien trop long au risque

de les mettre en retard pour leur planning de la journée. Il ne s'agit là que d'une des nombreuses projections hostiles qui se sont déployées dans cet entretien. En effet, dès le début de l'entretien, les représentations de sens commun proposées à la discussion par les chercheurs leur ont été attribuées, dans le même mouvement que celui qui a animé le *focus group* du CAARUD dans la première partie des échanges. Mais à la différence de ce qui s'est passé dans ce dernier, ces projections n'ont pas pu être questionnées par les membres du groupe qui n'ont « laissé aucune chance » aux chercheurs. Le groupe a ainsi semblé faire corps autour d'un professionnel fondateur du CSAPA pour attaquer les chercheurs et le dispositif de recherche : ce dernier était sans intérêt et leur faisait perdre leur temps, la qualité de chercheur était dénié à ces derniers, de même que leurs compétences de cliniciens, les représentations des chercheurs étaient rétrogrades, moralistes voire crypto-religieuses... Face aux chercheurs, les professionnels déployaient comme une leçon leur appareil théorico-clinique. Ici, chaque affirmation de positionnement théorique face aux questions posées par les problématiques addictives venait la clore, d'une manière qui se voulait définitive. Les quelques tentatives de relance effectuées par les chercheurs ont alors provoqué des réactions agressives et sarcastiques. Il est à noter que dans ce climat ouvertement hostile à l'égard des chercheurs, un professionnel s'est également retrouvé isolé du groupe après avoir tenté de donner des réponses moins défensives que ses collègues et d'avoir essayé de défendre la démarche de recherche. Il a alors été rejeté par le groupe qui l'a identifié aux chercheurs – d'une certaine façon comme un « collabo », ce qui l'a finalement réduit au silence. De leur côté, les chercheurs se sont sentis disqualifiés et dégradés et ont été probablement sidérés par ce qui leur était adressé. Manifestement privés de recours dans cette situation, ils ont renoncé à faire des relances, n'ont pas posé certaines questions, n'ont pas interrogé le refus du groupe de répondre et ont accéléré la fin de l'entretien, « pour en finir ». Les réunions ultérieures du groupe de recherche ont été marquées par une importante colère vis-à-vis des professionnels du CSAPA qui nous avaient fait objets de projections haineuses, ce qui nous semblait d'autant plus choquant qu'elles provenaient de cliniciens connaisseurs des fonctionnements de groupe et des problématiques inconscientes, dont nous pouvions nous sentir proches en termes de conception théorique. Cette haine que nous sentions envahir l'espace de notre relation avec les professionnels

du CSAPA s'accompagnait d'une honte d'avoir envoyé des chercheurs peu expérimentés au « casse-pipe » et d'être *in fine* à l'origine de ce déchainement puisque nous avons sollicité leur participation à l'étude et avons le sentiment d'avoir posé des questions déplacées. Pris dans ce mouvement, nous nous étions demandé à l'époque si nous n'étions pas venus, par nos questions, dévoiler brutalement un secret, celui de la faible activité addictologique de ce CSAPA.

La richesse des entretiens individuels

De manière très surprenante pour nous, les entretiens individuels se sont déroulés dans d'excellentes conditions. Contrastant avec le climat redoutable du *focus group*, ces rencontres avec soignants et patients ont été toutes agréables pour chercheurs et participants et riches en contenus pour l'étude. Nous nous interrogeons aujourd'hui sur l'origine de ce contraste. Le *focus group* peut avoir eu une fonction cathartique au sein de l'institution et/ou au sein du groupe de recherche permettant un autre abord de la rencontre ; les professionnels du CSAPA ayant perçu quelque chose de leur mouvement haineux à notre égard peuvent s'être engagé dans une tentative de réparation à notre égard ; ou peut-être « simplement » cette rencontre a-t-elle été soumise à un clivage massif scindant l'équipe du CSAPA en bons et mauvais participants et nous-mêmes en bons et mauvais chercheurs. Ces hypothèses ne s'excluent d'ailleurs pas mutuellement.

Les entretiens ont eu lieu dans des locaux calmes et relativement adaptés et n'ont pas soufferts d'interruptions. Les professionnels vus individuellement ont montré à la fois, une importante expertise clinique et une grande franchise à propos de leurs expériences subjectives dans le soin. Face à eux, les chercheurs ont fait état d'une certaine admiration et parfois d'une séduction, et ont craint de « ne pas être à la hauteur ». La rencontre avec les patients a été ici plus tranquille que dans les autres centres. Il est probable que le cadre du lieu où ils venaient régulièrement et entretenaient une relation suivie avec leur médecin était sécurisant pour eux. Bien qu'un peu inquiets de la protection de leur anonymat, ils ont volontiers répondu aux questions et ont dit y avoir trouvé de l'intérêt et du plaisir.

Synthèse

Ce compte-rendu de nos rencontres avec les acteurs de terrain met en exergue plusieurs difficultés que nous avons rencontrées et certaines de leurs conséquences, parfois douloureuses. Toutefois, la plupart des participants a fait part, à l'issue de l'étude, de son intérêt pour notre démarche et du souvenir agréable de nos entretiens. De notre côté, tous les chercheurs ont eu du plaisir à se déplacer sur les terrains de recherche et à échanger avec les professionnels et les usagers. Nous avons le sentiment d'avoir mené à bien une « belle » étude et d'avoir recueilli des données riches et utiles pour nourrir la réflexion et la pratique de notre équipe et de la communauté soignante pour le bénéfice du soin des patients – ce qui est, dans notre conception, le sens de la recherche. Certains échanges ont eu des effets directs sur notre propre approche des patients, mais nous pensons également que nos rencontres avec ces équipes de terrain ont eu des effets, même marginaux, sur leur pensée et leurs pratiques. Nous en avons eu quelques indices lors d'échanges informels postérieurs à l'étude, mais un « retour sur le terrain », un temps de restitution des résultats aux participants est nécessaire pour en avoir une idée plus claire.

Chacun des trois centres ayant accepté de s'engager avec nous dans cette étude est reconnu dans son domaine d'exercice. Les équipes qui y travaillent fonctionnent bien, ont une préoccupation adaptée pour les patients et remplissent les missions qui leur sont dévolues. Nous avons souvent été impressionnés par la qualité des réflexions des soignants et nous sommes souvent identifiés à eux. Au sujet de la tonalité « inquiète » de nos relations avec les participants, deux points nous semblent donc essentiels à souligner :

- Notre question de recherche portait sur les difficultés relationnelles entre soignants et patients et nos outils étaient choisis et orientés dans ce sens. Cela a donc incité les participants à évoquer des souvenirs et des émotions douloureuses mais a aussi influencé nos rapports avec eux. Comme le rappelle Georges Devereux³²³, une thématique de recherche structure le dispositif d'enquête et nos propres difficultés relationnelles avec les

³²³ Georges Devereux, *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement* (Paris: Flammarion, 1980).

participants étaient inévitable mais également indispensables à étudier pour l'éclairage de la problématique.

- C'est donc dans cette perspective qu'il faut lire ces résultats, non-pas comme un rapport d'expertise sur le fonctionnement des structures mais comme l'exposé de notre expérience partagée avec les équipes qui les animent et leurs patients ; cet exposé qui nous « expose » autant que les participants devant donner corps au contenu des discours.

Nous pouvons donc tirer quelques conclusions provisoires de ce premier matériel.

L'émergence d'une communauté

Chaque rencontre a été singulière et les trois équipes de l'étude ont une identité marquée, facilement identifiable et bien séparée des autres. Toutefois, comme nous l'avons déjà mentionné, nous nous sommes facilement identifiés à chacun de ces lieux. On peut y voir la sympathie du chercheur pour son objet d'étude, mais cela parle également de notre volonté, dans notre activité clinique propre d'intégrer la pluralité d'approches nécessaire à la compréhension et au soin des addictions. Cette préoccupation, plus ou moins élaborée, est présente de manière homogène dans les discours recueillis sur chaque centre. Cela souligne l'imprégnation de ces équipes par le mouvement addictologique. Elle leur permet de se sentir, à partir de places différentes, dans une préoccupation commune pour le patient. Nous verrons dans notre analyse comparative que cette « communauté » a des limites, mais elle est suffisamment présente pour nous autoriser à présenter de manière transversale les résultats issus de l'analyse des discours.

Le jeu complexe des identités

Comme nous l'avons vu, des identités très variées nous ont été attribuées par les participants : ethnologues, psychanalystes, médecins, taupes de la police, chercheurs, biostatisticiens, pairs indifférenciés... la plupart du temps, chacune de ces identités était chargée d'un contenu affectif polarisé : soit tout bon, soit tout mauvais, avec des alternances fréquentes. Cela trouvait un écho chez nous au travers de nos propres indentifications. Nous nous vivions à la fois comme des chercheurs et des soignants, mais rarement comme les deux simultanément. Nous cherchions par moment à faire oublier aux participants notre appartenance au

champ du soin et nous retrouvions pendant certains entretiens en difficulté pour poursuivre notre démarche de recherche face à ce que nous identifions comme des symptômes. La question de notre sécurité dans ces identités s'est également fréquemment posée : Nos pratiques soignantes sont-elles bonnes au regard de celles des autres professionnels ? Nos patients nous regardent-ils comme ils regardent les autres équipes ? Sommes-nous des chercheurs sérieux ? Avons-nous le droit de poser ces questions aux autres professionnels ?

Une expérience émotionnellement intense

Ces questions ont agi au sein de notre groupe de recherche et en chacun d'entre nous, nous faisant vivre alternativement des moments d'élation et de grande lassitude. Quel que soit le plaisir ressenti à la rencontre et la qualité des entretiens, tous les chercheurs ont fait part de leur fatigue à l'issue du terrain. Les entretiens, longs et sur des sujets lourds de signification, leur ont demandé beaucoup d'énergie, à la fois pour tenir leur place de chercheur et pour soutenir les participants dans une mise en mots parfois douloureuse. Certaines expériences de terrain ont également mobilisé fortement les chercheurs au plan émotionnel comme par exemple quand il a fallu contenir les effets des projections hostiles du *focus group* du CSAPA, de l'expérience de la porosité et de l'insécurité diffuse au CAARUD ou encore de la rencontre douloureuse avec un patient du CHU. De nombreux chercheurs ont ainsi fait part simultanément de leur intérêt voire de leur passion pour ce qui se déroulait dans l'étude et de leur fatigue psychique et physique. Les réunions du groupe de recherche ont ainsi eu une importance capitale dans la « métabolisation » de ces expériences émotionnelles vives et éprouvantes.

Clivages et mouvements de haine

Les projections haineuses, naturelles et attendues dans les fonctionnements de groupes, ont été clairement présentes dans nos rencontres avec les équipes de terrain. Cette présence est à mettre en lien avec l'objet singulier que constitue l'addiction comme nous l'avons déjà vu. Celle-ci tend en effet à faire circuler cet affect de haine dans la relation³²⁴. Les projections haineuses s'appuient sur les

³²⁴ Voir l'exposé du modèle psychanalytique

mouvements de clivages qui infiltrent les différentes expériences relationnelles dont nous pouvons rendre compte à ce stade. Cette scission des personnes et de ce qu'elles représentent en « bon objet » et « mauvais objet » se perçoit dans les rôles archétypaux que les participants nous ont assignés, mais également dans nos propres projections à leur égard et dans nos mouvements internes au groupe de recherche. Nous avons nous-mêmes participé à ces mouvements et certaines de nos questions les contenaient en germe. Précisons à nouveau que dans notre perspective de recherche, cela ne constitue pas une limite, mais un fait observable qui souligne l'importance de cette thématique dans nos résultats de recherche.

Enjeux de maîtrise et de lâchage

Ces aboutissements problématiques des mises en relations ont été sensibles dès le début de la démarche de recherche. En effet, la façon dont certaines équipes ont « pris » notre proposition de participation à l'étude pour ensuite la « lâcher », sans préavis ni explication, l'illustre. Il en va de même pour l'accord sans préalable du CHU. Ces mouvements se sont vus également dans les dynamiques des entretiens de groupe où des chercheurs ou des membres de l'équipe était saisis et assimilés, ou au contraire « laissés sur le bord de la route ». Ils nous ont aussi été perceptibles dans les attitudes de certains professionnels et de certains patients vus en individuels cherchant à prendre le contrôle des entretiens, mais aussi dans l'exposition de certains patients par les professionnels et dans celle de chercheurs par le groupe de recherche.

Cette thématique est déjà très présente à ce stade, mais il est important qu'elle trouve un écho solide dans nos analyses des discours des acteurs de la relation de soin. En effet, nous devons tenir compte du fait que l'entreprise de recherche constitue en elle-même une tentative de prise de contrôle d'un objet de savoir qui passe par une « utilisation » des participants et de leur discours.

Une rencontre possible ?

Malgré les difficultés rencontrées dans nos relations avec les participants à l'étude, nous avons le sentiment d'avoir partagé avec eux une expérience intense et enrichissante. Ils ont tous accepté de dévoiler quelque chose de délicat de leur propre existence, de leurs rapports communs et de leurs fonctionnements et nous

leur en sommes reconnaissants et redevables. Malgré notre saisissement face à des mouvements qui nous paraissaient parfois catastrophiques pour notre relation réciproque et pour celles que soignants et patients pouvaient tisser ensemble, quelque chose a permis que la relation de recherche soit menée à son terme. Il demeure que ces relations, précieuses et intenses, nous semblent inachevées. Cela se perçoit dans l'absence quasi-totale d'échanges entre nous et ces équipes depuis la fin du recueil de terrain.

Maintenant que nous avons pu faire état, à partir de notre expérience subjective de la rencontre entre chercheurs et participants, d'une relation intense marquée simultanément par le plaisir et l'inquiétude parfois vertigineuse, il nous faut entrer dans le cœur de nos résultats pour y voir dans quelles conditions se déploie la relation de soin.

La relation entre professionnels et personnes addictées

Notre démarche consistait à interroger soignants et, dans une moindre mesure, patients sur l'expérience d'éventuelles difficultés dans l'établissement de liens relationnels entre eux. Dans le cadre des entretiens de groupe (*focus groups*), la question inaugurale était en effet : « On dit que c'est difficile avec les patients addictés, qu'en pensez-vous ? ». Partir d'un discours de sens commun, celui du « on », nous permettait d'emblée d'élargir le champ de la question de manière à ne pas entrer immédiatement dans les expériences relationnelles immédiates des acteurs. Nous pouvions effectivement craindre que leur effet « éblouissant » fassent surgir rapidement des défenses fermant les discours. Mais le « on » a également eu comme effet de faire surgir les représentations morales de sens commun avant même que nous les amenions lors des relances prévues (les addictés sont dangereux, menteurs, faibles de volonté). Cela nous a permis d'obtenir des données intéressantes sur les « *attitudes* » des professionnels vis-à-vis de patients.

Dans le cadre des entretiens individuels, Le début de l'échange s'appuyait sur la lecture du texte de Conrad. Comme nous l'avons exposé dans la partie méthodologique, nous souhaitions permettre une identification des professionnels et

patients à des personnages de fiction vivant une expérience décalée par rapport à la situation de soin mais pouvant présenter des problématiques morales et cliniques proches. De fait, les sujets interrogés se sont nettement identifiés à Jim et au narrateur, ce qui nous permet de mettre en lien les discours issus de cette lecture avec les réponses au questionnaire semi-structuré.

Dès le début de l'ensemble des entretiens a émergé une problématisation des difficultés du soin dans le domaine des addictions, que les différentes techniques d'entretien et nos relances n'ont fait ensuite que développer. Plusieurs sources potentielles de difficulté ont été décrites, certains effets identifiés et des solutions de dégagement ont été proposées. C'est le plan que nous suivrons pour cette étape de l'élaboration de notre théorie. La présentation des résultats qui suit est déjà une condensation triangulée de plusieurs analyses qui figurent en annexe, avec les verbatim complets des participants. De plus, nous insérerons des discours de patients lorsqu'ils nous apparaissent propres à mettre en perspective ceux des soignants.

A. Les sources des difficultés dans la relation de soin

Nous avons regroupé les sources identifiées par les professionnels ou dégagées par nos soins à partir de leurs discours en quatre catégories :

- Les difficultés liées aux personnes addictées elles-mêmes
- Les difficultés liées au produit de dépendance
- Les difficultés liées aux professionnels
- Les difficultés liées à l'environnement des soins

A.1. Les difficultés liées aux personnes addictées

A.1.1. Des personnes fragiles, avec des histoires difficiles et des pertes multiples

Les personnes addictées sont perçues par les soignants comme des personnes ayant de multiples difficultés médicales, psychologiques et sociales qui les rendent fragiles.

« Le début se serait euh..., euh..., il a été euh..., euh..., abusé euh dans son enfance euh, voilà. (...) C'est quelqu'un qui a..., ou qui a vécu un..., qui a..., qui a vécu un traumatisme. » CSIPro2 (N)

Les soignants doivent ainsi supporter d'entendre les histoires que les patients racontent ; celles de leur quotidien comme celle de leur vie. Ces histoires font parfois violence aux soignants.

« C'est des histoires euh... des... des... des vies ou des... des actes, ou des... des... des pensées, ou..., des fois tellement... pfff... Ouais, c'est... c'est... c'est... Des fois on est dans... dans des trucs tellement sordides, et tout ça quoi. » CSIPro2 (N)

« On imagine qu'il y a beaucoup de violence, alors que la violence, elle est pas vraiment comme ça, elle est plus par rapport au parcours de vie des patients, c'est eux qui ont une vie extrêmement violente. » CHFG-C

Les patients ont subi des pertes multiples : être chers, situation sociale, santé mais aussi plus radicalement, identité.

« La perte de quelque chose de très cher, de quelqu'un de très cher. (...) Y'a sa solitude aussi. Euh... quelqu'un sans attaches, sans... sans... oui sans... sans... sans... sans attachement, sans lien. » CSIPro2 (N)

« Des publics très différents mais qui ont pour beaucoup un point commun qui est quand même euh... d'avoir perdu quelque-chose de l'ordre de l'identitaire. » CAIPro1 (N)

Parfois même le sens de la vie.

« Quelque chose aussi de l'ordre de la perte du sens de la vie. » CAIPro1 (N)

A.1.2. Des personnes en danger et parfois aux marges de la vie

Les soignants peuvent craindre pour l'avenir de leurs patients. Ils s'inquiètent pour leur pronostic vital et craignent leur mort physique plus ou moins prochaine. Mais ils ne parviennent à aborder cette thématique qu'au travers d'histoires cliniques comme celles du Penjâbi et du Peintre³²⁵ ou en évoquant un climat général de la relation.

« Ici on côtoie quelque-part, inconsciemment, enfin ou consciemment, la mort... enfin c'est des trucs vachement lourds. » CHFG-B

Mais ils craignent également la mort psychique des patients.

« Ils pensent plus quoi, les patients » CHFG-F

« Des espèces d'images de personnes qui ne sont plus maitres d'elles-mêmes, qui sont un peu comme des zombies. » CAFG-B

A.1.3. Des personnes présentant une « pathologie » complexe et difficiles à soigner

La « pathologie » addictive est essentiellement un élément du discours des professionnels du service hospitalier. Toutefois l'idée que la situation de dépendance addictive induit une souffrance sévère et complexe est partagée par l'ensemble des soignants que nous avons rencontré.

L'addiction ne concerne pas un organe isolé ni un secteur spécifique de l'existence des patients mais diffuse à l'ensemble de leur vie. Le soin ne peut donc pas se résumer à une approche simple et univoque du problème mais il est difficile à définir tant sa complexité est grande.

« Ça fait une multiplicité de symptômes, et du coup c'est, c'est pas facile. » CSFG-F

« Y'a aussi la comorbidité fréquente de plusieurs consommations de dépendance ou de pathologies psychiatriques et somatiques. Donc c'est une

³²⁵ Voir « Quelques histoires »

prise en charge qui, généralement, nécessite l'intervention de plusieurs spécialistes... et y'a l'impact social qui est très important. » CHFG-G

L'addiction est fréquemment associée au déni des patients de leurs troubles et à des altérations cognitives, qui ont en commun de rendre difficiles la perception et la compréhension des soins par les patients.

« Il y a aussi la difficulté face à des patients dépendants qui peuvent ne pas percevoir la notion de la maladie et qui peuvent ne pas être conscients de l'impact de la consommation ; peuvent ne pas forcément être impliqués dans la prise en charge : ils participent pas forcément aux groupes, ils prennent pas leur traitement correctement. » CHFG-G

« Ça peut être difficile quand il y a de grandes difficultés d'élaboration chez certains patients alcooliques. » CSFG-D

Durant le soin se produisent des répétitions et des rechutes que les soignants ont parfois des difficultés à supporter.

« Ça n'empêche pas que, lorsqu'il a des rechutes très rapide, ça reste... enfin moi je sais que je le vis comme une difficulté. » CHFG-D

Et finalement, « guérir », sortir de l'addiction nécessite des remaniements profonds chez le patients, des remaniements dont les conséquences ne sont pas toujours prévisibles.

« Ils auront par moment à réorganiser leur vie, avant d'accepter l'idée de se faire soigner ou d'arrêter l'alcool. C'est pour eux insensé par moment... des patients si éprouvés ! » CHFG-G

L'addiction entraîne de nombreuses conséquences négatives pour la vie du sujet et de nombreux intervenants extérieurs aux soins addictologiques doivent être sollicités. Sans le dire explicitement les soignants d'addictologie semblent se voir en place de passeurs et de coordinateurs. Des passeurs qui permettent à des personnes souffrantes exclues des circuits d'aide de les réintégrer et des coordinateurs qui s'assurent que ces personnes bénéficient de l'ensemble des divers soins complémentaires dont elles ont besoins pour se préserver puis améliorer leur

situation. À la complexité technique du soin qui est évoquée ici s'ajoute l'ambivalence des acteurs extérieurs que nous aborderons plus loin.

A.1.4. Des personnes ayant un système normatif inversé

Les personnes addictées ont un mode de vie et une planification de leur existence qui est à l'inverse des normes partagées par la communauté sociale.

« C'est à dire que la question d'aller bien, de ne pas consommer, de ne pas boire, de ne pas se droguer, de vivre dans un endroit avec un appartement, de la responsabilité, un foyer, tout ce qui fait, le commun des mortels à peu près insérés à peu près normaux, c'est quelque chose qui est terrifiant pour eux, parce que tout leur système de repères est exactement à l'inverse de ça. » CAIPro2 (N)

Dès lors, les soignants paraissent perplexes et en défaut de système normatif de référence pour orienter leur actions de soin.

A.1.5. Des personnes somme-toute peu fiables

Les patients sont décrits comme difficilement prévisibles.

« Ce public, souvent, ben moi je dis que je l'appellerais plutôt un public imprévisible quelquefois dans la rencontre. » CAFG-C

Les professionnels prennent le soin de différencier leurs avis de ceux du grand public. Mais une fois qu'ils se sont assurés que leur interlocuteur entend leur discours comme un point de vue de professionnel, basé sur l'expérience, bienveillant et qui sait échapper à la tentation des jugements moraux hâtifs, ces soignants peuvent approuver certains contenus de représentations de sens commun sur les personnes addictées. Lorsqu'ils le font, ils assortissent leurs observations de réflexions sur le sens de ces éléments de personnalité problématiques de manière à en atténuer le poids moral. Les thématiques de la violence, du mensonge et de la manipulation, de la faiblesse de la volonté et plus largement de la dépravation morale émergent spontanément.

A.1.5.1. La violence

Comme à chaque émergence de représentations morales, les soignants réagissent immédiatement par une dénégaration, même si une ambivalence apparaît rapidement.

« Il y a pas plus de violence chez les gens qui ont des problèmes d'addictions, et de passages à l'acte, que... que chez les grand malades mentaux. » CAIPro1

CSFG-B : Non, pas plus que les paranoïaques.

CSFG-F : Pas plus que les gens qui viennent en visites médiatisées. [Ces consultations concernent des parents ayant potentiellement été violents, abuseurs ou maltraitants avec leur enfant]

Les soignants peuvent ensuite parler des formes de violences qu'ils perçoivent ou expérimentent dans leurs relations avec les patients. Les premières victimes sont les patients, mais les professionnels viennent ensuite.

« Souvent, les gens, ils sont autoagressifs, c'est à eux qu'ils se font du mal, avant... avant d'agresser les soignants, c'est souvent eux, c'est souvent eux qu'ils agressent. » CSFG-F

« Effectivement, des fois ils peuvent être dangereux, pour eux d'abord, et pour nous ensuite. » CAFG-D

« Quand ils sont violents, ils ont un parcours violent, ils sont violents envers eux, ils sont violents envers nous. » CHFG-F

« On pourrait imaginer euh, qu'il a..., qu'il a..., qu'il a tué quelqu'un..., on pourrait imaginer ça aussi. (...) J'ai vu des trucs beaucoup plus violents ici, (...) que dans le milieu du crack, qui est pourtant quand même évalué comme étant l'un des univers les plus violents qu'il y a. » CSIPro2 (N)

Mais lorsqu'ils évoquent la violence des patients, les soignants ont fréquemment un mouvement de culpabilité (assumée ou projetée) et se considèrent responsables de l'émergence de cette violence.

« Il y a eu des moments où j'étais en danger, où moi-même je me suis mise en danger... pour ne pas savoir comment répondre, pour croire que je savais tout. Et je sais que la plupart des fois que j'étais dans une situation où la violence m'a été adressée, j'y étais pour quelque chose. » CAFG-D

« C'est jamais le hasard s'il y a des passages à l'acte, s'il y a des lieux où il y a des passages à l'acte en permanence. Généralement, il y a toujours une équipe qui ne sait pas faire, qui n'est pas formée, et qui n'est pas compétente pour être présente. » CAIPro

Ils cherchent également à dédouaner les personnes addictées de leur potentielle violence en incriminant le produit

« Il est vrai que lorsque les gens sont sous l'emprise du produit, le comportement change... peut même changer considérablement, et que c'est la porte ouverte à des conneries, à des altercations, à des actes de violence et éventuellement... enfin, ça ne rend pas les gens très, très lucides sur ce qui est en train de se passer. » CHIPro1

« Des patients qui arrivent alcoolisés, bon, voilà, ils peuvent être violents, ils vocifèrent, etc... Bon, y'a ce danger-là. » CSIPro2

Mais régulièrement dans les discours arrivent également des évocations directes ou indirectes de la violence potentielle des patients.

« Il y a quelque chose qui flotte dans l'air, qui est toujours un peu menaçant. Dans ce sens-là, il peut y avoir, une dangerosité. » CSFG-A

« Je pense que parfois, on peut sentir quand même (ce climat de menace). (...) Il y a des personnes que... que je trouve plus inquiétantes que d'autres. » CSFG-E

« C'est la stratégie du mur face à quelqu'un qui insulte par exemple ou qui sort un couteau... si les personnes qui travaillent sont face à lui, ben la personne va ranger son couteau parce qu'il va se rendre compte qu'il y a des gens qui sont soudés et qui le regardent et pour qui ce n'est pas une option de se battre avec lui, parce qu'on n'est pas là pour se battre avec lui. » CAIPro1

Parfois, les représentations liées à la violence font émerger chez les soignants la nécessité de rappeler que les patients appartiennent bien au genre humain.

« Les gens qui ont des problèmes d'addictions, avant d'avoir des problèmes d'addictions sont des êtres humains [petit rire] comme vous et moi, donc ils sont en mesure d'entendre ce qu'on entend nous, et puis ils sont nés d'un père d'une mère. » CAIPro1

Ce que disent les patients

Certains patients sont gênés par la dimension généralisante de l'énoncé mais abondent généralement dans le sens de la représentation. Chez les patients les plus fragiles, la question fait émerger des représentations effrayantes.

« Y en a qui peuvent être dangereux pour eux-mêmes ou pour les autres, oui. Y'en a qui se mutilent, y'en a qui veulent euh... se suicider, y'en qui ont un comportement agressif, faut pas les chauffer. » CHIUs2

« Ouais, dangereux avec des faibles. Avec des gens faibles, qui se défendent pas. » CAIUs2

A.1.5.2. Le mensonge et la manipulation

Les discours sur le mensonge sont nettement moins ambivalents. Les soignants se défendent ici aussi des représentations de sens commun mais disent effectivement le plus souvent que les patients mentent et manipulent.

« Elles³²⁶ sont menteuses ! (...) on connaît des virtuoses de la manipulation ! » CAIPro1

Mais les soignants distinguent nettement les mensonges acceptables des mensonges plus problématiques. Les premiers ont un sens pour le patient.

« Ça a un sens à un moment pour cette personne de raconter cette histoire. Libre à moi de me faire embarquer dans son histoire ou pas. (Silence 5s) Ça a un sens pour eux de toute façon. » CAIPro1

Ils ont pour fonction d'assurer la survie physique et psychique des personnes addictées, de porter une parole même cryptée, de jouer avec les soignants ou d'échapper à une réalité trop effrayante au risque de se perdre.

³²⁶ Le féminin pluriel fait référence aux « personnes addictées ».

« À l'extérieur, ils sont, oui, parfois obligés d'être dans le mensonge. »
CHFG-D

« Il faut se rappeler aussi que c'est des personnes qui sont constamment dans la survie. Des personnes qui vivent très souvent la précarité... au-delà de ça, qui ont des besoins à satisfaire, c'est à dire avoir un peu avoir un peu d'argent pour s'acheter la dose nécessaire, pour ne pas être en manque... (...) Voilà des personnes qui sont obligées d'adapter leur discours constamment, d'essayer de trouver quelque chose qui puisse, faire bouger l'éducateur qui est en face d'eux, pour obtenir de l'aide. Donc par rapport à tout ça, effectivement, ils sont souvent obligés de dire des choses, c'est une des solutions : 'Qu'est-ce que je dois faire pour avoir un peu de sous ? Qu'est-ce que je dois faire pour que l'éducateur, effectivement, s'intéresse à ma situation, pour que j'obtienne quelque chose ?' » CAFG-C

« On a l'habitude de dire que ça fait partie du jeu... que la personne essaie par tous les moyens d'obtenir le plus possible. » CAIPro2

Les seconds sont entièrement intentionnels et visent à permettre au patient d'obtenir des prestations parfois indues.

« Ils y a d'autres qui sont absolument conscients (du caractère) utilitaires du mensonge, je crois. Ils savent très bien qu'ils nous mentent, ils savent pourquoi ils le font. » CAFG-D

Les soignants restent globalement dans une attitude très compréhensive vis-à-vis de ces mouvements de patients même lorsque l'on ressent les difficultés potentielles qui peuvent en découler pour eux-mêmes. Ils apparaissent même parfois fascinés par ces mensonges.

« Ont-elles³²⁷ d'autres choix ? Elles ont pas d'autres choix que de mentir, dans la mesure où elles ont une nécessité de prendre des produits, que ces produits on peut pas les prendre au vu de tous à tout moment. Bien entendu il va falloir trouver des combines pour échapper à la vigilance des autres et pouvoir demeurer dans un certain bien-être dû au produit et donc forcément il va falloir inventer des choses, il va falloir inventer le fait d'avoir oublié quelque chose au vestiaire pour aller boire un petit coup, fumer son petit joint, il va falloir trouver des stratagèmes pour pouvoir continuer à se fournir et à consommer, à l'insu des autres, les produits. » CHIPro1

« Il y a des types qui sont incroyables, incroyables, qui vous emmènent très loin. » CAIPro1

³²⁷ Le féminin pluriel fait référence aux « personnes addictées ».

« (Ils racontent des histoires) Fantastiques aussi... fausses mais fantastiques ! » CAFG-E

Les deux catégories de mensonges sont souvent mises en perspective.

« En général, quand ils mentent c'est aussi, bon, soit c'est pour raconter des histoires... et voilà, enfin leur vie elle est fantastique, ils ont vécu plein, plein de choses et qui se recroisent souvent jamais. Mais sinon, c'est pour arriver à des fins, oui, dans ces cas-là il y a le mensonge qui va revenir. » CAFG-E

« Il y a les deux, il y a des fois où ils adhèrent tellement à leurs histoires qu'ils ne mentent pas... ils sont dans un monde qui leur appartient et ils racontent leur monde. Ils ne nous mentent pas. Mais il y a d'autres qui sont absolument conscients (du caractère) utilitaires du mensonge, je crois. Ils savent très bien qu'ils nous mentent, ils savent pourquoi ils le font. C'est deux choses différentes. Du point de vue psychopathologique c'est pas la même chose. Il y a le mythomane qui va nous raconter n'importe quoi et il est complètement persuadé que c'est ça ! Mais il y a d'autres qui vont savoir très, très bien qu'est-ce qu'ils vont nous dire pour nous attendrir, par exemple, et obtenir ce qu'ils veulent, ils sont forts, pas tous, mais il y a certains qui sont très forts. » CAFG-D

Un élément semble constituer la frontière entre l'acceptable et le moins acceptable : le désir.

« Il y a très souvent des comportements de l'ordre du mensonge. (...) La personne essaie par tous les moyens d'obtenir le plus possible et après c'est à nous aussi de faire le tri dans, dans ce qu'on considère être du besoin ou de l'envie, faire la différence entre les besoins fondamentaux, les besoins importants et les besoins plutôt de l'ordre de l'envie euh... du confort. » CAIPro2

« Ce sont pas des menteurs pathologiques, ce sont des menteurs par nécessité et le mot menteur est un mot très, très chargé. Il y a une connotation morale et autre. Voilà. Ils ont pas **le désir** de mentir, ils sont obligés de... nuance. » CHIPro1

Ce que disent les patients

Le mensonge semble omniprésent dans l'expérience des patients. Il sert à dissimuler l'identité du sujet et son addiction.

« Il dit pas son nom de famille. (Sinon) peut être qu'on saurait justement de quel village il vient, que euh..., de ses origines, euh, sa culture. » CHIUs2 (N)

« Certainement qu'il a choisi de devenir marin parce que c'est bien pratique pour cacher son addiction. » CSIUs1 (N)

Ils en parlent souvent sous la forme d'un aveu de leur propre mensonge, d'une dénonciation du mensonge des autres ou du risque de basculer dans la folie à cause des mensonges qu'on soutient.

« Moi j'ai vu des types faire des choses abracadabrantes, et mentir, et en faire un métier. C'est terrible. (...) Y'a des gens qui sont tellement dans, dans... là-dedans qu'y'a plus de dissociation entre le mensonge et le non mensonge puisque tout tourne absolument autour de ces histoires qui sont même pas rocambolesques, qui peuvent être tristes. (...) C'est comme une autre personnalité qui prend le dessus. » CSIUs2

A.1.5.3. La faiblesse de la volonté

Comme pour chaque catégorie de représentation, le mouvement initial est une dénégarion...

« C'est pas une question de volonté, du tout, pour moi. » CAFG-D

« La volonté n'a rien avoir la dedans. C'est pas une question de volonté. » CAIPro1

« Oui. C'est toujours la représentation qu'on peut avoir. Je pense que c'est faux, je pense que c'est tout à fait faux. » CHIPro1

... et une attribution de ces représentations à l'extérieur, au discours social.

« Tout ce que je... tout ce que j'adore ! C'est tout ce que j'écoute partout et qui m'énervé. Bien !! Si il s'agissait d'une question de volonté, on serait tous morts, morts entre guillemets, alors l'histoire de la volonté, ça commence à bien faire ! » CAFG-D

« Qu'est-ce qu'il va y avoir d'autre, menteur, faible ? » [ton ironique] CSFG-F

Mais cette fois, ces représentations sont également attribuées aux chercheurs et cela suscite des mouvements d'hostilité de la part des deux des trois groupes de professionnels. Pourtant cette question de la faiblesse de la volonté est particulièrement bien comprise des soignants.

« Oui, moi aussi, j viens de manger un cheese-cake à onze heures, un long cheese-cake... [rire] juste avant, alors que j voulais pas ! » CSIPro2

La volonté semble être un mot effrayant à éviter...

« La volonté. Ça c'est le mot que je n'utilise jamais avec les usagers... La volonté, les gens ils parlent tout le temps de ça, eux ils pensent ça, eux sans doute qu'ils pensent ça d'eux-mêmes... qu'ils sont faibles. » CSFG-F

CHFG-G : Alors ! On ne parle pas de volonté, on parle de motivation. [Ton professoral teinté d'autodérision]

Groupe : ...de motivation [rires]

CHFG-G : On est tous sur le même langage ! La volonté, c'est à l'extérieur, les gens pensent comme ça. Ici c'est 'motivation'

... et simultanément un objet pertinent pour définir l'état d'addiction comme entrave à l'autonomie...

« À partir de quand on parle de la volonté chez un être humain ? (Chez un être humain qui est en capacité... placé dans un environnement pouvant lui permettre de s'émanciper ou de chercher lui-même à s'épanouir ? Ou bien on parle de la volonté d'une personne, pour laquelle on a mis des structures en place, par quelqu'un d'autre, ou une personne qui est reçue à l'hôpital psy ? » CAFG-C

... et un levier du soin, voire une justification du métier de soignant.

« En même temps, sans leur volonté rien ne se passe. (...) Notre travail, c'est d'essayer d'encourager la volonté. (...) Si il ne veut pas, on ne peut rien faire. » CAFG-B

« Nous disons que dans le travail, nous en tenons compte : essayer de consulter la volonté du patient qui est en face de nous. (...) Si la volonté elle s'acquière comme ça, (...) moi je n'aurais plus (à) percevoir mon salaire. On n'aurait plus parlé d'infirmier, on n'aurait plus parlé de docteur, de médecin. » CAFG-C

Il est intéressant de noter que c'est autour de cette question qu'émergent le plus de discours clairement associés aux modèles paradigmatiques, notamment de l'addicté rationnel au CAARUD, de patient symptôme au CSAPA et de la maladie du cerveau au CHU.

Ce que disent les patients

La question a souvent été « oubliée ». Les deux patients qui répondent rattachent directement la consommation addictive à la faiblesse de la volonté.

A.1.5.4. La dépravation morale

Ce thème émerge dans les discours autour de l'histoire de *Lord Jim* mais également dans les réponses aux questions qui portent sur les représentations spécifiques de la femme addictée. Il provoque rapidement des mouvements de défenses de la part des professionnels qui ne s'attardent pas sur le sujet, mais aussi des chercheurs qui ne relancent pas leur discours.

« Des comportements sexuels, des choix sexuels et qu'il euh... et qu'il cache ... y'a l'idée d'un secret, qu'il cache, donc un secret pour moi c'est toujours lié à de la honte. » CSIPro2 (N)

Toutefois le thème apparaît dans des récits d'anecdotes de soin et résonne avec des éléments très intimes de la vie des soignants.

« Moi, je me souviens d'avoir eu en consultation, je revenais d'un congé mater, un patient qui en fait est pédophile. (...) J'étais revenue de mon congé mater, j'étais toute contente et lui il avait de l'avance et puis je ne l'avais pas vu, le patient, sur le côté. Alors on me dit : 'ça va ta puce ?' et tout, et il me dit : 'oh vous avez accouché d'une petite fille !' enfin assez mielleux tout ça. Il me dit félicitation alors sur le coup je dis merci tout ça et puis on s'assoit au recueil de données et, si tu veux, ça a pas duré trop longtemps parce que tout de suite je me suis raidie. Ouais, il a dû voir que je me suis fermée, tu vois, je l'ai pas... enfin j'étais pas en confiance. » CHFG-B

Dans les discours de soignants apparaît une analyse prudente des comportements sociaux et moraux des sujets addictés. Violence, mensonge et faiblesse de la volonté sont des expériences très présentes dans la relation avec ces patients mais doivent être regardés comme des objets complexes et les relier à un sens pour échapper aux postures dérivant des représentations de sens commun. Il est important de souligner que les patients eux-mêmes sont saisis par ces représentations.

Ce que disent les patients

Plusieurs patients parlent explicitement de difficultés au contact de personnes addictée avec un regard parfois très sévère. Certains s'incluent dans les catégories péjoratives de représentation, d'autres s'en excluent.

« C'est très très compliqué même. Ici, les personnes addictées arrivent avec les chiens, fait pas la douche, toujours poux... aussi pour les petits choses bagarré avec vous. Je prends de l'alcool, ok, je suis un alcoolique, aussi, quelque fois je fume haschich, pas toujours, mais je fume toutes les jours. La première chose que je fais (ici), je fais ma douche et, voilà, je ne pense pas que je suis un personne addictée. » CAIU1

« Enfin moi, ce que je trouve difficile ici c'est que les gens addictés comme vous dites ne parlent que de drogue, alcool, violence, prison... c'est la fête du quart monde quoi ! (...) C'est un peu lourd à supporter quand on essaie de faire un travail sur soi-même. » CHIU1

Pour certains, ces défauts d'ordre moral sont lourds à porter et les emplissent de culpabilité.

« Vous avez beau aller à l'autre bout du monde, ça vous rattrape (...) le regret, le remord, la culpabilité. » CHIU1 (N)

A.1.6. Des personnes qui demandent qu'on s'engage fortement auprès d'elles mais qui s'échappent

Les soignants énoncent la nécessité, dans cette clinique particulière des addictions, de s'engager fortement dans la rencontre pour espérer avoir un effet thérapeutique.

« (...) donner quand même... enfin s'investir. On est obligé de s'investir dans ce genre de pathologie. » CHFG-A

« J'voudrais être quelqu'un de super fiable, mais des fois je me rends compte que je... Ça me semblerait vachement important, surtout avec ces populations-là hein, ces gens-là comme ça, qui ont ces parcours-là. Mais euh... c'est euh... j'trouve que c'est beaucoup d'exigence en même temps... enfin, vis à vis de moi-même quoi. Et parfois j'en ai, parfois j'en ai marre quoi. Parfois j'aurais envie de les lâcher tous et de... de... Voilà. » CSIPro2

Mais la rencontre pose des difficultés majeures aux patients.

« Une problématique relationnelle (...) lui a interdit de d'investir à nouveau. Toute relation est devenue trop dangereuse. » CSIPro1 (N)

Ainsi l'investissement des patients est souvent perçu comme inadéquat. Les soignants peuvent le comprendre mais en perçoivent les limites pour le patient.

« Ce qui fait d'ailleurs qu'ils ne prennent pas le problème de fond à bras le corps mais qu'ils ne font que le déplacer d'un point de vue temporel sans plus... arrive un moment donné où la fuite n'est plus possible. » CHIPro 1 (N)

Lorsque les patients peuvent s'arrêter dans un lieu de soin, leur investissement des soignants est souvent très limité ou au contraire exagéré. Les patients ne respectent que peu le cadre des soins et la relation, voire les attaquent.

« Manifestement il y a un problème de stabilité, il a du mal à se poser dans un endroit. » CAIPro2 (N)

« C'est difficile par rapport à la régularité, je trouve. (...) C'est-à-dire qu'ils ne viennent pas aux rendez-vous à l'heure... quand ils viennent. » CSFG-B

« C'est dur de faire des généralités, mais il y a peut-être des difficultés un peu spécifiques avec les gens qui ont des problèmes d'addictions... même dans la manière dont ils viennent interroger la relation thérapeutique ou questionner, bousculer ou aller faire exploser les limites des cadres, du cadre thérapeutique, voire au-delà, et d'interroger ça dans des comportements : le fait de ne pas venir, d'être en retard, de venir défoncé, des tas de choses comme ça. » CSFG-A

Mais parfois, l'investissement des patients semble tellement massif qu'il devient problématique.

CHFG-D : Ou à l'inverse, il y a des patients qui, pff... qui surinvestissent le lien.

CHFG-C : Il y a des patients, ils te choisissent, toi, pour te dire des choses qu'ils gardent en eux depuis des années... et puis bam ! Ils lâchent et...

CHFG-D : Oui ça, ça tombe sur toi.

« Vous avez ce problème-là où les patients se fient trop à vous, où vous êtes le seul pilier de leurs vies. » CHFG-C

Il est difficile de savoir où est le désir des patients. Cela est très pénible pour les soignants qui voudraient le connaître puisqu'ils l'identifient comme le facteur essentiel de changement. Ils semblent également faire de la coïncidence de leur propre désir avec celui des patients la condition d'une relation de soin de qualité. Cet échappement du désir des patients est alors vécu comme un refus de la relation.

A.2. Les difficultés liées au produit de dépendance

Le produit psychoactif est « toxique », et à ce titre, il met en danger la santé physique, psychique et sociale de l'individu addicté. Mais au-delà de ces effets, il possède des caractéristiques qui le rendent plus inquiétant encore pour les soignants.

A.2.1. Le produit est très puissant

La substance psychoactive est considérée par les soignants comme très puissante. Elle semble parfois dotée par eux d'une intentionnalité propre et acquière des capacités quasi-surnaturelles. Elle peut changer radicalement le comportement de la personne dépendante voire sa propre personnalité. Le sujet dépendant apparaît alors comme le jouet du produit d'addiction et son comportement devient imprévisible.

« On a affaire à un public consommateur. (...) Je parle de personnes que nous recevons ici, aux prises, la plupart du temps, avec les effets de la consommation, on dit même 'produit psycho-actif' : qui agit déjà, qui peut pousser quelqu'un à agir autrement, au-delà de sa volonté. Donc nous sommes souvent en face de personnes pour lesquelles nous ne pouvons pas souvent donner des rendez-vous, des rencontres, qui peuvent ne pas venir parce que la personne vous dira le lendemain 'j'étais vraiment out, voilà,

soit j'ai pris ma bouteille ou bien j'ai pris ma dose, donc j'ai oublié le rendez-vous', ou si la personne est là, c'est pas la même personne que vous avez rencontrée avant-hier et pour qui vous avez fixé le rendez-vous. Donc il y a problème si elle est imbibée d'alcool ou bien si elle a pris effectivement sa dose, ça pose problème. » CAFG-C

« Ça prouve bien encore une fois, que quand le produit est là, c'est le produit... c'est pas facile, ça excuse peut-être beaucoup de chose. Enfin moi, je le vois comme ça, mais voilà, je me dis que le produit a ses vertus de violence. C'est pas... c'est pas la personne, la personne est en souffrance. » CHFG-A

« Quand il y a des actes de violence et de passages à l'acte il y a, vraiment une âme de guerriers (...) sous l'emprise de l'alcool ou d'autres produits on est dans un passage à l'acte mais alors d'une sauvagerie inouïe. » CAIPro2 (N)

A.2.2. Le produit est un rival redoutable pour le soignant

Du fait de sa puissance, il peut empêcher la rencontre entre le sujet dépendant et les soignants. Lorsque le sujet est intoxiqué, il est ailleurs et ce qui se joue entre lui et le soignant ne fait pas trace.

« Ça fait partie leur suivi, leur attachement avec le produit. Ça peut provoquer certaines difficultés en communication. » CAFG-G

« Forcément les liens sont un petit peu biaisés, quoi. On ne rencontre pas quelqu'un, ce n'est pas une relation d'une personne à une autre. C'est une relation d'une personne à une autre qui a des addictions. C'est un espèce de bagage permanent que les gens ont, je pense, en tête et qui quelque part fausse un peu les vrais rapports. » CHIPro1

De plus, le produit peut s'avérer être un « soignant » particulièrement efficace. Il sauve la vie de certains sujets, ce dont les professionnels ne se sentent pas toujours capables.

« Y'en a même beaucoup qui disent : 'j'aurais pas eu le produit, je me serais foutu en l'air'. » CHFG-F

A.3. Les difficultés liées aux professionnels

A.3.1. Les professionnels expérimentent des émotions intenses et peinent à trouver la bonne place dans la relation avec les patients

Ils sentent la nécessité de s'engager auprès des patients, d'être présents, de s'investir émotionnellement dans la relation avec eux. Mais ils connaissent également la réticence des patients à accepter cet investissement et en conçoivent parfois un certain dépit.

CHFG-C : C'est une spécialité qui est extrêmement lourde, et...

CHFG-B : Si on la prend à cœur...

CHFG-C : Il y a une charge émotionnelle... cognée quoi tu vois.

CHFG-B : Ah oui, oui...

CHFG-C : Moi, depuis que j'ai les enfants, je sens que je suis plus fragile et donc que je prends soin de moi quoi. Et je sais que... là c'est mon trip, c'est mon délire, je continue mais il y a un moment je vais devoir m'arrêter... pour me protéger.

(...)

CHFG-E : Moi je sais que des fois, je suis vachement... quand je suis là, je leur dis : 'N'hésitez pas je suis présente'. J'ai du mal à me retirer... J'ai un patient qui vient me voir et qui me raconte son parcours du début à la fin et euh... j'ai du mal à rester, comment dire, à pas montrer que j'ai un sentiment de... que j'ai été touchée quoi. Des fois ça arrive...

CHFG-B : Ben attends !...

CHFG-E : Le patient, il est devant moi, il pleure, tu vois. J'ai du mal à me dire : 'Non, reste forte'. Enfin il voit que je suis touchée, je suis... et c'est dur. C'est dur de ne pas pouvoir euh... se mettre un peu à l'écart et puis montrer que je suis touchée par son vécu.

CHFG-B : Là encore une fois, on est des humains...

CHFG-C : Ouais mais ça, moi, il y a des fois, je me permets de montrer que je suis touchée, ça peut même être thérapeutique.

CHFG-E : Des fois c'est dur quoi... ou alors de proposer des choses et de ne pas réussir à les entraîner à...

CHFG-D : La frustration.

CHFG-A : De ne pas faire les choses pour nous, mais vraiment pour eux.

CHFG-E : Ça me touche quoi, je me dis, peut-être je m'y prends mal.

CHFG-D : Bah non !

CHFG-D : C'est la période qui veut ça. Moi je sais que le week-end dernier j'ai travaillé, j'ai voulu emmener tous les patients faire des activités, organiser tout... ils m'ont planté. J'étais un peu, sur le coup...

CHFG-A : C'est un peu frustrant, c'est sûr, mais bon... Ça fait partie de leur maladie.

Être en relation avec les patients addictés demande des ajustements relationnels permanents qui sont éprouvants pour des professionnels qui ne se sentent pas toujours suffisamment protégés.

« C'est ça que moi, que je trouve personnellement parfois difficile à gérer... c'est-à-dire, enfin, de trouver cette espèce de bonne distance : ni être trop blindé, ni être à fond avec eux... c'est une espèce... tout le temps régler avec justesse cette distance-là face à la violence des parcours de vies qu'on entend, ça c'est difficile pour moi personnellement. » CHFG-C

A.3.2. Les professionnels se sentent peu équipés voire démunis et parfois vulnérables et fragiles dans leur identité de soignant

Face à la complexité de la pathologie des patients, à leurs modalités de fonctionnement et aux caractéristiques « stupéfiantes » des produits, les professionnels se sentent insuffisamment équipés affectivement, psychologiquement et théoriquement. Ils éprouvent parfois le besoin de dispositifs de support qui leur font défaut. Ils peuvent faire état d'un sentiment d'impuissance et de dénuement.

« On se sent parfois peut-être plus démunie. » CHFG-G

« J'ai un manque de connaissances en psychiatrie qui fait que j'essaye de me raccrocher un peu aux branches... et je loupe des coches quoi. (...) y'a plein de disciplines qui s'imbriquent les unes aux autres dans l'addicto : y'a de l'hépatite, y'a de la cancéro, y'a de la neuro, y'a de tout... Et c'est vrai que moi, je sais pas tout quoi, et je suis sûre (qu'il) y a des trucs, je passe vraiment (à côté). » CHFG-C

Ce sentiment est d'autant plus fort quand les soignants pensent bien faire leur travail avec les outils qu'ils ont à leur disposition. L'histoire du peintre³²⁸ est particulièrement illustrative à ce propos.

« Donc à un moment le processus relationnel s'enclenche tout de même (...) Et donc, ça passe ou ça casse, au sens où ils décompensent assez régulièrement. » CSIPro1 (N)

³²⁸ Voir « Quelques histoires »

Enfin, certains professionnels peuvent faire état de moments de vulnérabilité voire de souffrance. Leur identité de soignant est alors fragilisée et ils peuvent connaître des difficultés à se différencier des patients. Cela apparaît dans certaines anecdotes et dans des « aveux »

« J’entendais une infirmière d’hospi... c’était rigolo : elle a lâché ça comme ça. C’était spontané. On était attablés et on parlait d’un patient qui est décédé, donc qui... qui s’est suicidé. Donc il y avait quand même... c’était dur, enfin on sentait quand même que c’était pas évident. On venait de l’apprendre, et (elle) dit : ‘Ouais mais vous savez tous pourquoi on travaille tous ici : c’est qu’on a tous un lien avec des problèmes d’addiction’. C’est sorti tout seul et il y en a plein qui se sont reconnus. »

« C’est quand même un des travers manifestes des travailleurs sociaux, qu’on peut se soigner avec des gens qui vont moins bien que soi... c’est pas très constructif. » CAIPro1

« Et puis aussi il y a un facteur qui rentre en ligne de compte même si il est implicite, et pas utilisé par moi euh... c’est le fait que je sois ancien toxicomane et que dans la représentation qu’ont les usagers de l’ancien toxicomane qui serait passé de l’autre côté de la barrière et qui aurait fait un travail théorique justement sur la toxicomanie, la réduction des risque... ce genre de choses... Ceux qui sont dans des problématiques d’addiction ont en général une oreille assez attentive à ce que je leur dis euh... je pense une certaine confiance aussi parce que il ont l’impression peut-être que j’ai vécu la même chose, ce qui est pas forcément vrai du tout, mais en tout cas, c’est un levier que j’utilise pas au quotidien mais qui est, qui est quand même présent parce que depuis le temps, ils le savent, euh... je me suis, je me suis peu caché, j’ai jamais, j’ai jamais mis un masque là-dessus justement euh... je suis ici en tant qu’éducateur et en tant que soignant, que les choses soient claires, mais j’ai aussi eu un passé un peu chaotique et je m’en cache pas. Je m’en cache pas mais je l’utilise pas non plus comme levier. Mais clairement, y’a un côté confiance dans mon discours qui est accentué par ce vécu. (...) Les toxicomanes ont parfois l’impression qu’un ancien toxicomane va pouvoir mieux répondre à leurs attentes que quelqu’un qui n’aurait pas été addict, ou qui n’aurait pas connu cette souffrance et tout ça. » CAIPro2

A.3.3. Les professionnels sont porteurs eux-mêmes des représentations sociales et doivent lutter pour en contenir les effets

Dans certains discours spontanés transparait l'emprise des représentations sociales sur le regard que portent les professionnels sur les patients. Mais elles apparaissent plus explicitement lorsque les soignants parlent de ce qu'ils pensaient des personnes addictées avant de commencer à travailler auprès d'elles.

« Des espèces d'images de personnes qui ne sont plus maitres d'elles-mêmes, qui sont un peu comme des zombies. J'avais vraiment des images de la toxicomanie assez effrayantes. » CAFG-B

« Le diable aux grandes dents qui va voler dans la pharmacie d'à-côté. » CSFG-B

« Je me souviens, quand je ne travaillais pas dans ce secteur-là, avant, dans le social mais pas dans le champ de la toxicomanie, j'avais un collègue qui, lui, avait travaillé au Sleep'in [structure d'hébergement 'bas seuil'] avant et ça me terrorisait : ah ! (sourire), qu'est-ce que ça doit être horrible son travail ! » CAFG-B

« Moi avant de travailler ici, je me suis posé la question quand même. Je me suis dit : est-ce que... ou j'ai dû poser la question à des collègues qui étaient en poste, en leur demandant : 'ça va ? c'est pas trop difficile à gérer ? y a pas d'agressivité ? y a pas trop de clashes ?' J'ai posé la question quand même... » CHFG-D

« Est-ce que c'est dangereux d'avoir un élève ?... enfin, on a eu souvent des élèves qui avaient des propres représentations assez négatives, qui étaient dans le jugement et ça, les patients le sentent tout de suite, c'est souvent très important... » CHFG-G

Ces anecdotes servent aux soignants à illustrer l'important travail de réflexion et d'adaptation qui leur est nécessaire pour travailler avec les patients.

A.4. Les difficultés liées à l'environnement du soin

A.4.1. Des représentations sociales qui restent très négatives vis-à-vis des patients et qui pèsent sur le soin

« Au bout d'un moment il préfère partir parce que il commence à être trop connu pour ça, il commence à être un petit peu trop étiqueté et il préfère fuir son environnement. » CAIPro2 (N)

« Plus personne ne veut d'eux en réalité. » CHIPro1 (N)

L'ensemble des professionnels éprouve de manière très vive le regard péjoratif très dur qui continue à peser sur les patients addicts. Ils sont décevants pour la société qui, en retour, est violente à leur égard.

« Ils sont pas au niveau qu'on attend d'eux, quel que soit le thème de la vie, que ce soit le travail, les responsabilités sociales, familiales et autres, euh généralement ils sont très en deçà de ce qu'on attend. Ils déçoivent donc (...) et forcément ça crée des conflits ? Ça peut amener à des conflits voire à des choses vraiment très sérieuses. (...) Ils déçoivent parce qu'ils ne sont pas à la hauteur de ce qu'on attend d'eux, de ce qu'on attend de quelqu'un de classique, je dirai. Les addictions sont véritablement un handicap à réaliser ce qu'on attend d'eux au niveau, je dirai, « performance » ; et forcément, ça finit par créer des tensions, des conflits, et on va leur rappeler, d'une façon ou d'une autre, **on va leur mettre en pleine figure** ce problème. Donc, bien sûr, ça crée des relations assez difficiles avec eux. »
CHIPro1

Malgré le sentiment que les représentations sociales ont pu évoluer favorablement ces dernières décennies, ils entendent les patients leur parler du rejet dont ils font l'objet à l'extérieur des lieux de soin et le mesurent eux-mêmes dans leurs échanges avec leurs collègues ou leurs proches.

CHFG-D : À l'extérieur, moi, si j'en parle... au début, pour les gens qui ne connaissent pas, ils vont être intrigués par la spécialité, la difficulté, quelques cas rapides et après : ouf ! Ils ont peur. (...) Je peux aussi entendre : 'Ben attends : leur payer des cures, des post-cures... et le trou de la sécu dans tout ça ?!'

CHFG-A : Encore plus quand on fait des séjours thérapeutiques quoi : 'Pour dix euros [prix pour les patients] vous les emmenez quatre jours !?'

« Il y a d'autres gens dans le voisinage (...) qui des fois ne comprennent pas et qui disent : 'C'est honteux !'. Bon, généralement avec ce genre de gens je ne parle pas parce que je connais, je sais ce qu'ils pensent et ça ne m'intéresse pas d'entendre ce genre de choses. » CHFG-A

Il arrive ainsi qu'ils aient le sentiment d'être eux-mêmes l'objet d'un regard dépréciateur de « ceux qui ne connaissent pas ».

De plus, les femmes addictées sont des sujets particulièrement vulnérables aux représentations sociales de sens commun.

« À l'extérieur de ce service, le regard est encore plus cruel pour elles que pour les..., que pour les hommes. (...) On lui pardonne beaucoup moins. On a toujours une pensée extrêmement négative à son égard » CHIPro1

« Ça c'est encore pire, c'est encore pire... surtout si elles sont enceintes en plus ! » CSFG-F

« Le regard social est encore plus sévère quoi... est encore plus impitoyable. » CSIPro2

A.4.2. Une loi rigide et des moyens contraints

Vécu comme une émanation du climat social qui entoure les addictions, le cadre juridique et institutionnel n'offre pas aux soignants un outil de travail adapté et confortable.

« Dans le cadre de notre mission, puisqu'on est inscrit dans une loi dans santé publique qui nous structure, on aura aucune latitude pour avoir des moyens supplémentaires. Donc il faut chercher l'argent ailleurs, dans d'autres, sur d'autres financeurs. C'est ce qu'on essaie de faire, c'est pas toujours évident, c'est souvent, c'est rarement pérenne... ça ne l'est jamais d'ailleurs. » CAIPro1

« Des moyens en terme de temps pour pouvoir réellement fournir un travail de qualité. » CAIPro2

Cela donne aux professionnels le sentiment de ne pas être soutenus et d'être en marge du système et de la légalité.

A.4.3. Une discipline addictologique encore méconnue du grand public et accueillie avec ambivalence par les autres disciplines

Les professionnels ont le sentiment de participer à une offre de soin complète et cohérente. Ils ont également le sentiment d'avoir dépassé l'époque des « pionniers » et d'avoir gagné une certaine normalisation du soin des addictions. Cependant, les contacts qu'ils ont avec les familles de patients, le grand public, leurs collègues ou leur propre entourage leur renvoient le caractère singulier de leur pratique et les questions morales qui lui sont associées.

« Moi je sais que quand je dis que je travaille dans un service d'addictologie, je leur dit que c'est pas la prison [approbation du groupe]. Je pense que les gens ont cette image, on vraiment cette image. » CHFG-G

« Après faut pouvoir coordonner aussi. Ça c'est une difficulté je trouve, de pouvoir coordonner les soins avec les autres intervenants. C'est compliqué parce que souvent y'a une grosse réticence des autres à s'occuper de ces patients et euh... ça peut être parfois des prises en charges peut-être un peu trop lourdes. » CHFG-F

« L'idée de la psychiatrie et de l'addiction, c'est vachement intéressant quand même ! Moi j'ai essayé, évidemment, de travailler dans des réseaux avec les CMP du coin : illusion totale ! Malgré les réunions, malgré toutes les bonnes volontés de l'équipe : illusion totale ! C'est pas possible. (...) Ce qui est possible c'est de travailler avec les équipes de liaison psychiatriques qui dépendent souvent d'associations ou d'hôpitaux qui ont déjà des structures en addictologie. Mais travailler avec des CMP de ville pour des usagers de drogue qui ont des problèmes psychiatriques, c'est une impossibilité. La représentation des soignants, c'est : 'Ah ben non, c'est pas possible, l'addicto c'est vous, nous on ne peut pas s'occuper de ça quoi ! On peut faire, on sait faire pour la maladie mentale, les symptômes etc., mais si la personne est dépendante, substituée, ça, c'est votre boulot. » CAIProl

A.4.4. Des évolutions de paradigme auxquelles résistent les professionnels

Le mouvement addictologique influence les discours des professionnels des trois lieux de soin. L'adhésion à ce mouvement est globalement forte mais des prises de distance se produisent régulièrement, plus particulièrement au CAARUD et au CSAPA, mais parfois également au CHU.

« J'ai dû faire un vrai travail avec l'équipe au début. J'ai été très surpris du conservatisme, d'ailleurs, des intervenants en toxicomanie à l'époque, ce qui est encore le cas dans beaucoup de structures d'ailleurs, (qui peuvent) penser que, entre guillemets, c'est plus glamour de travailler avec les usagers de drogues que de travailler avec les exclus qui boivent des 8,6 du matin au soir. » CAIProl

A.4.5. Un fonctionnement d'équipe qui envahit parfois les espaces de soin et entrave la pensée et l'action thérapeutique

Les soignants identifient une difficulté qui émerge dans le fonctionnement collectif : l’envahissement par les questions de fonctionnement qui font passer au second plan l’élaboration clinique.

« La tendance qu’il peut y avoir de temps en temps, (c’est qu’) on parle du cadre, mais de parler du patient lui-même au sein de l’institution et des rapports qu’on a avec lui, c’est plus difficile. » CHFG-F

« Généralement on reste plus sur des questions institutionnelles quoi, d’organisation de l’institution et euh... Mais pas trop d’échange plus sur le fond quoi. » CSIPro2

A.4.6. Un contexte institutionnel qui ne fournit pas le temps, les moyens et la sécurité nécessaires à l’expression des difficultés des soignants

Le rythme imposé par l’institution ne permet pas aux soignants de prendre du temps pour réfléchir à leur pratique et pour prendre soin d’eux-mêmes.

« Et avec la question du temps qui... c’est vrai que ça demande du temps de se poser. » CHFG-F

« (Il y a une) petite contrainte de temps. À chaque fois où il y a eu des cas cliniques on n’a pas pu y assister quoi. » CHFG-A

« J’trouve que souvent, on n’a pas trop le temps. » CSIPro2

Le fonctionnement institutionnel a ainsi un effet sur l’évaluation que les soignants font de la qualité de leur travail et de leur possibilité d’exprimer leurs propres difficultés.

CHFG-C : Depuis que le service s’est agrandi, c’est un peu l’usine, c’est pas...

CHFG-D : Du mouvement, trop de mouvement.

CHFG-C : Oui

CHFG-D : Il y a toujours ce côté frustrant, où forcément après, ça va être le temps quoi. Forcément, quand tu as plusieurs patients, bah tu as moins de temps.

CHFG-F : Et puis c’est pas forcément facile aussi d’aller parler de ce que tu ressens par rapport à un patient, ça peut être culpabilisant aussi de se dire : ‘Ah ce patient il m’agace’.

CHFG-B : Mais c’est humain.

CHFG-F : Oui je suis d'accord mais c'est pas quelque chose qui est...

CHFG-C : C'est culpabilisant, et puis des fois, tu fais des projections qui sont perso que t'as pas forcément envie de livrer à un collègue.

B. Les effets de ces difficultés sur les acteurs de la relation et leur lien

Ces multiples difficultés produisent des effets sur la relation de soin et ses protagonistes.

B.1. Les effets sur les soignants

B.1.1. Une forte intensité relationnelle

Dans ce contexte spécifique, la mise en relation avec le patient suscite chez le soignant un investissement puissant fait d'empathie, d'affection et d'amour.

« Moi, il me... alors, ce que ça susciterait chez moi, ce serait euh... euh, ce serait, ben euh plutôt de l'empathie. » CAIPro1 (N)

« Il est attachant. » CSIPro1 (N)

« Bah, la dimension de la séduction euh... c'est un truc qui me parle bien. (...) C'est sans doute euh... ouais, vouloir... vouloir plaire, vouloir être aimée euh... Je sais pas peut-être que de façon projective euh... j'imagine que ces gens-là... Mais c'est souvent des gens qui ont..., qui ont beaucoup de... Enfin où y'a..., y'a une fragilité aussi de ce côté-là, souvent quoi. » CSIPro2 (N)

B.1.2. Une douleur émotionnelle

Les occasions de ressentir des émotions intenses et douloureuses dans le soin sont alors fréquentes.

« Le face à face, c'est de temps en temps insupportable. » CSIPro1 (N)

« Il y a des gens qui racontent des événements traumatiques entre des pertes d'enfants, d'accidents de voiture où le conjoint est mort des trucs horribles quoi. » CAIPro2 (N)

Ils peuvent aussi ressentir une déception intense (ici partiellement déniée) à la découverte des mensonges.

« Et je lui ai dit : ‘Et au niveau consommations, ça se passe bien ?’ ‘Oui, oui, oui, je suis toujours abstinent.’ Je savais qu’il me... mais bon, voilà quoi, j’ai trouvé ça dommage, mais bon, ça m’a pas plus atteint que ça. » CHFG-A

B.1.3. Un brouillage des identités

Les identités se brouillent et la frontière entre espace privé et professionnel ou entre position de soignant et de patient s’estompe.

« Peut-être concerné euh..., peut-être concerné euh..., personnellement à un autre niveau. » CSIPro2 (N)

« Moi, je les croise dans mon quartier, j’habite à 500 m d’ici(...), je les croise tout le temps, je me balade avec les gosses, je vais les chercher à l’école, je les accompagne au conservatoire... » CAIPro2 (N)

B.1.4. Une image dégradée d’eux-mêmes

L’efficacité relative, voire les échecs de leurs tentatives d’aider les patients les conduisent à avoir un regard sévère sur leurs capacités à soigner, et à être envahis de sentiments tels que le découragement ou l’autodévalorisation.

« Et c’est vrai que les rechutes, au début, moi, je sais que perso, je les vivais très mal en disant : ‘ouais, on est des bons à rien, on y arrive pas’. » CHFG-A

Les soignants peuvent se sentir « du mauvais côté » ou en tout cas comprendre que les patients aient une attitude défiante à leur égard.

« Ils peuvent mentir, parce que, vue notre position, ils mentent à qui ? À l’éducateur qui a quand même un certain pouvoir à leurs yeux. » CAF-G-F

« C’est des gars qui ont un parcours institutionnel, c’est à dire qu’ils sont passés dans plusieurs associations depuis l’enfance, beaucoup, et en face de nous qui savent quel est le discours qu’il faut produire pour avoir quelque chose avec l’éducateur. » CAF-G-C

B.1.5. Une image idéalisée d’eux-mêmes

À l’inverse, et malgré une tonalité générale de modestie et d’humilité, les soignants montrent régulièrement une image idéalisée d’eux-mêmes. Ils s’y voient comme des soignants audacieux, capables de prendre des risques, pionniers explorant de nouvelles régions de la souffrance humaine, subversifs et militants.

« Plus personne ne veut d'eux en réalité. » CHIPro1 (N)

« Et puis on s'y habitue à cette violence... et moi, je le banalise, ça fait partie de mon quotidien. » CHFG-C

Ils ont un sentiment de singularité exceptionnelle qui les différencie des autres lieux de soin.

« Je sais pas si c'est une personne qui est passée par des structures euh, qui a été vu par des professionnels ou pas euh, mais si c'est le cas, un sentiment qu'il y a eu un raté quelque-part. » CAIPro1 (N)

« Il y a très peu de passages à l'acte ici, il y a un savoir-faire de l'équipe pour désamorcer les tensions très, très rapidement, il y a un truc très naturel, je connais plein de structures où les violences emmènent à l'épuisement de l'équipe. » CAIPro2 (N)

B.1.6. Une énergie importante consacrée à lutter contre les représentations sociales

Ces représentations sont envahissantes et il est nécessaire de s'en dégager. Mais ces efforts doivent être sans cesse renouvelés.

« Oh non ! Dans le cadre professionnel, quoique ! (...) Si nous on pense comme ça, oïe-oïe-oïe ! Je ne voudrais pas y croire, après tant d'années de lutte, pour qu'on pense (encore ça). » CAFG-D

B.1.7. Un épuisement voire un désengagement

Les multiples difficultés que rencontre le soignant dans la relation avec les patients peuvent provoquer un épuisement professionnel.

« C'est le syndrome du Saint Bernard, d'être incapable de poser les limites et toujours donner plus de soi et finir par s'épuiser. » CAIPro1

« Je trouve quand même que je suis dans un milieu professionnel, depuis pas mal d'années, où je vois souvent un épuisement personnel pour différentes raisons. » CAIPro1

Il peut conduire à un retrait de la relation, un désengagement du soin comme on le voit dans certains mouvements banalisateurs.

« Il a été abusé euh dans son enfance euh, voilà, enfin le truc classique, enfin classique..., voilà. » CSIPro2 (N)

Il entraîne parfois un changement d'exercice ou de carrière vécu comme un renoncement, un abandon dont les conséquences sont menaçantes.

B.1.8. Un rejet des patients

Les patients prennent figure d'étranger radicaux avec lesquels aucune communauté de sens n'est partagée.

« Aller à la rencontre de personnes qui fondamentalement n'ont rien, rien en commun avec soi. » CAIPro2 (N)

« Je pense que l'on rencontre beaucoup de patients qui, qui ont rejoint (...) ce groupe particulier cette espèce étrangère de gens. » CSIPro2 (N)

B.2. Les effets sur les patients

B.2.1. La réactivation d'une perte d'amour

Les soignants ont le sentiment que, souvent, les séparations sont vécues par les patients comme des pertes d'amour, et qu'il s'agit pour eux d'une expérience qui se répète.

« de gens qui ont été précocement vachement abîmés et qui ont connu finalement beaucoup d'expériences de relation peu fiables, peu contenant... où on les a lâchés. » CSIPro2

Ce que disent les patients

« Tout ça c'est à cause de quoi ... à cause de... l'amour. (...) C'est, en général c'est la.., des femmes hein... en général c'est l'amour, c'est des femmes. (...) Il avait aimé une femme..., il a... tombé amoureux d'une femme, la femme est partie. » CAIUs2 (N)

« Il y a eu une rupture. » CSIUs2 (N)

B.2.2. L'insécurité identitaire

B.2.2.1. La fixité de l'identité

L'identité des patients apparaît dans ce contexte comme fixe et immuable. Il semble n'y avoir que peu de place pour un changement.

Ce que disent les patients

« Disons que, à travers mon, mon vécu d'addict, j'ai été addict et je suis addict. » CSIUs1 (N)

« Mais même dans ma pratique du sport, aujourd'hui, je vois que c'était une pratique de type addictive. Donc, euh, voilà, avec tout, je pense que j'ai un rapport addictif. » CSIUs2 (N)

B.2.2.2. Le clivage de l'identité

Celui-ci peut prendre la forme d'une double vie ou d'un double visage. On le retrouve dans la dualité du bien et du mal. Cette identité clivée est difficile à réunir et contient une menace pour le sujet.

Ce que disent les patients

« Ce que génère en général l'addiction, c'est-à-dire une double vie » CSIUs1 (N)

« Y'en a ils ont double visage » CSIUs2 (N)

« C'est le mal. Côté sombre, c'est le mal. Le mec, c'est un mec il a pété les p... les plombs... à chaque minute, il est dangereux. Et c'est un mec gentil. » CAIUs2 (N)

« Ça ne lui permet pas de régler le problème, euh de... qu'il a de coexistence avec lui-même. » CSIUs1

« Il sera..., rattrapé par cette chose-là qu'il a en lui et qu'il fuit. » CSIUs2

B.3. La relation de soin dans ce contexte

« Il peut plus fonctionner très longtemps avec les autres. » CAIPro2 (N)

Dans les discours autour de l'histoire de Jim, la rencontre avec le groupe est problématique. En effet seules deux formes de groupes semblent accueillantes pour lui et les patients auquel il est identifié :

Le groupe de semblables...

« S'il rencontrait des gens qui ont le même type de comportement que lui, donc des pairs entre guillemets, il aurait un miroir de ses comportements en face de lui, donc il y aurait pas obligatoirement jugement. » CAIPro2 (N)

... et le groupe d'autres, radicalement différents.

« Des gens très différents, bah, n'ont pas les codes pour juger Jim et trouver son comportement anormal. » CAIPro2

On peut se demander dans ces conditions comment la rencontre avec un lieu de soin est possible.

B.3.1. La défiance

« Jim a du mal à se poser, à faire confiance, à s'intégrer dans un groupe. » CAIPro2 (N)

La confiance a été abordée spontanément par plusieurs participants aux entretiens individuels autour de l'histoire de Jim mais elle ne l'a pas été dans le cadre des *focus group*. Ce sont donc les questions spécifiques sur ce thème qui ont fait émerger des discours.

Dans ce cadre, la réponse des professionnels à la question sur la confiance qu'ils accordent aux patients est spontanément et consensuellement négative.

« Jamais ! » CHFG-G

« Non... non. » CAFG-A

« La confiance, on n'est pas là-dedans. » CSFG-C

Dans le même mouvement, ils ne se perçoivent pas comme investis d'une confiance par les patients.

« Ils croient pas, ils ne font pas confiance. » CAFG-G

B.3.1.1. La confiance comme notion inquiétante

Le terme de confiance et ce qu'il contient de sens heurte les professionnels.

« Moi, c'est pas un vocabulaire que j'utilise. » CSFG-C

« On ne dit pas j'ai confiance en vous, non... surtout pas...surtout pas. »
CHFG-B

« Moi c'est le mot confiance qui me dérange beaucoup. J'ai du mal à vous répondre, parce que confiance c'est, c'est... j'ai du mal ! » CAFG-D

Deux raisons principales sont avancées pour expliquer ce rejet de la notion de confiance.

- D'une part, il s'agit d'une notion du domaine de la morale dont la présence dans le soin est indésirable. La morale est ici perçue comme un risque de perte de la bonne position de soignant...

« Sinon, ça fait aller dans un registre un peu..., plus moral. » CSFG-A

« C'est toujours pareil, ça se pose en terme de clinique, pas de la morale »
CSFG-D

... risque d'autant plus grand que ce champ moral est relié au religieux.

« J'ai du mal à utiliser ce mot, parce que (...) on n'a pas de règles de morale. Qu'est-ce que nous appelons morale ? Qu'est-ce que nous appelons règles de vie? » CAFG-C

« Ça me fait penser à ... [Inaudible mais a trait à la religion] » CHFG-C

- D'autre part, la confiance appartient, dans le discours des professionnels, à leur intimité, à la sphère privée. Elle ne doit donc pas rentrer en compte dans les rapports avec les patients.

« Cette personne-là, je n'ai pas eu le temps de vivre avec elle pour dire je lui fais confiance ou bien (si) elle peut me faire confiance. (...) C'est pas la confiance que je peux faire à ma femme. Non, mais cette confiance aussi est

relative. C'est pas la confiance que je fais à mon enfant ou bien la femme ou le frère, tout cela est relatif. » CAFG-C

« Faire confiance ? Je ne sais pas, je ne sais pas si on fait confiance. On fait confiance à celui qu'on aime... » CAFG-D

« Enfin pour moi, on est là pour apporter de l'aide, du soin, etc, mais enfin on est professionnel quoi. Ce qu'on attend, c'est dans notre vie privée. » CHFG-F

CHFG-D : Moi je fais confiance à mon gardien quoi, je lui donne les clés. Mais aux patients c'est difficile.

CHFG-C : C'est pas un terme approprié.

Faire reposer la relation avec le patient sur la confiance fait courir un risque au soignant : celui de voir se diluer son identité et sa sécurité interne...

« (Il faut) essayer de se dégager de ces notions-là, même si forcément il y a de la morale à un moment, mais pas trop appuyer dessus, sinon j'ai l'impression qu'on perd un peu son rôle de soignant, d'extérieur. » CSFG-A

... et un risque au patient : celui de se sentir lié, persécuté et menacé d'effondrement.

CAFG-B : On ne dit pas j'ai confiance en vous, enfin nonsurtout passurtout pas.

CAFG-C : Ha bé ouais on leur met un truc sur les épauleshou lala.

CAFG-B : Parce qu'après le sentiment de décevoir quelqu'un...

CAFG-C : Parce qu'en plus, dans confiance il y a une espèce de contrat où si tu perds confiance t'es brisé, t'es foutu.

CAFG-A : Après t'as tout le côté déception, ces mots forts là...

Il y a en effet dans les divers discours des soignants, en tout cas dans le premier temps de leurs réponses, l'idée que la confiance renvoie à un lien massif dont l'issue catastrophique est connue d'avance. Nous le verrons au travers des mouvements d'abandon et d'emprise que les discours révèlent et que nous présentons plus loin.

Les soignants, à ce stade essaient donc de montrer qu'ils font sans la confiance, en lui préférant d'autres notions comme le respect ou le lien. Dans d'autres discours, ils la réduisent radicalement.

« J'ai aucune raison de ne pas le croire ou de ne pas lui montrer ma confiance. J'ai confiance en toi, t'as bien fait, t'as bien fait. Mais tu prends ton verre de coca et tu te barres, parce que on est occupé, et, c'est la forme maximum de confiance, ça. » CAFG-G [parlant d'un patient venu lui dire qu'il avait effectué une démarche à laquelle il s'était engagé]

B.3.1.2. La défiance initiale

« Non... d'une manière générale. Je me méfie de toute façon de la confiance. » CAIPro2

La rencontre semble ainsi se faire dans un climat de défiance perceptible dans les discours des soignants.

CSFG-F : Est-ce que vous leur confieriez votre portefeuille [rire] ?

CSFG-A : Voilà c'est, c'est...

CSFG-F : Est-ce que vous partiriez en vacances avec eux ?

CSFG-A : Il y a une blague là que, qu'on disait sur les toxicomane... qu'ils sont capables de voler ton portefeuille et en même temps t'aider à le chercher !

[Rire général] (...)

CSFG-F : C'est une vraie question, est ce que vous confieriez votre argent ?

La défiance y prend parfois forme de manière radicale et explicite.

« Non ! Moi je ne fais pas confiance aux usagers. Par rapport aux personnes pour qui ont dit : 'tiens, celui-là il a une bonne tête', par exemple... ça c'est un truc commun qu'on balance souvent. Et en fait, moi, je me suis dit qu'à chaque fois que je me suis fait avoir, je me suis dit ça et depuis ce temps-là, moi, par définition, je ne fais pas confiance. (...) C'est pas pour ça, pour moi, faire confiance, enfin j'sais pas... je ne fais plus confiance à personne. Je me méfie même, justement de ceux que je trouve un peu trop soft. » CAFG-A

Dans les discours des soignants sont alors perceptibles les mouvements problématiques que cette défiance entraîne.

B.3.2. La rupture et l'abandon

« Ça me rappelle moi les patients qu'on a un peu ici qui lorsque cela va trop mal dans un endroit des fois ne sont, n'attendent pas forcément d'être chassés de l'endroit, euh, ils préfèrent s'en aller. » CHIPro1 (N)

CHFG-B : Mais c'est bien d'être une équipe parce qu'on peut dire les choses.

CHFG-C : Ou on passe le relais.

Les expériences de ruptures et d'abandon sont fréquemment relatées dans les discours et concernent aussi bien les mouvements des patients que des soignants. Chez ces derniers, des mouvements de ce type sont illustré par des anecdotes.

« Quand un patient commence à en pincer pour toi, enfin bon, on va passer le relais. » CHFG-C

« Moi, je me souviens d'avoir eu en consultation, je revenais d'un congé mater, un patient qui en fait est pédophile. (...) J'étais revenue de mon congé mater, j'étais toute contente et lui il avait de l'avance et puis je ne l'avais pas vu, le patient, sur le côté. Alors on me dit : 'ça va ta puce ?' et tout, et il me dit : 'oh vous avez accouché d'une petite fille !' enfin assez mielleux tout ça. Il me dit félicitation alors sur le coup je dis merci tout ça et puis on s'assoit au recueil de données et, si tu veux, ça a pas duré trop longtemps parce que tout de suite je me suis raidie. Ouais, il a dû voir que je me suis fermée, tu vois, je l'ai pas... enfin j'étais pas en confiance. » CHFG-B

Mais ils sont également vus chez les patients quand ceux-ci interrompent inopinément les soins mais également lorsqu'ils « abandonnent » aux soignants leur fardeau, leur donnant le sentiment de rester seuls à devoir le porter.

« Il y a des patients, ils te choisissent, toi, pour te dire des choses qu'ils gardent en eux depuis des années et puis 'pam', ils lâchent. » CHFG-C

CSFG-F : Il y a des gens qui arrivent et qui disent : 'bah c'est vous les professionnels, c'est vous qui faites', ils se fient à nous, mais c'est pas sûr que ça soit une bonne solution.

CSFG-D : 'Voilà maintenant c'est plus mon problème c'est le vôtre'.

B.3.3. L'emprise

« Devenir roi (...) avec sa cour. » CHIUs1 (N)

Par cette phrase, un patient fait état de ce qu'il imagine de la suite de l'histoire de Jim. Il est à ce moment dans la jungle, dans un village de malais. L'analyse des discours autour de ce texte montre que ce lieu est identifié par les participants à un

lieu de soin ou un groupe de pairs. Ce patient montre la place qu'il imagine occuper dans ces espaces et la nature de ses liens avec les autres personnes qui s'y trouvent.

Les soignants évoquent également des mouvements d'emprise des patients vis-à-vis d'eux.

« Il faut se méfier de ça : un patient qui va trop se fier à vous, ça peut être aussi, ben... il peut aussi fonctionner dans l'équipe, on le voit souvent en hospitalisation, avec les bons objets, les mauvais objets. Il faut pouvoir mettre des limites à ça. (...) Quand ils surinvestissent un peu trop et quand il y a ce « je vous fais confiance etc », il faut voir dans quelle mesure c'est quelque chose de vraiment adapté à la situation actuelle. Est-ce que c'est pas un patient qui va fonctionner un peu dans le clivage justement avec les bons et les mauvais objets ? » CHFG-F

Mais les soignants laissent également voir leurs propres mouvements d'emprise et de contrôle sur les patients. Ils peuvent apparaître comme des réponses à ceux des patients.

« Vous avez ce problème là où les patients se fient trop à vous, où vous êtes le seul pilier de leurs vies et vous avez du mal à lâcher justement. » CHFG-C

Certains soignants vont chercher à encadrer les patients, leurs comportements et la relation pour se sécuriser. Cet encadrement peut glisser vers le contrôle.

« Juste un exemple tout simple : la porte, pourquoi ferme t'on la porte ? Bah, vous le savez pas [s'adresse aux chercheurs]. Pourquoi ferme t'on les portes, la porte de cette douche ? Avant de la fermer, c'était un bordel ! Pourquoi c'était un bordel ? Parce qu'à chaque fois, il fallait vigiler comme si c'était des enfants ou des prisonniers. » CAFG-A

« C'est bon que ils se rendent compte qu'il y a des limites. Parce que c'est une structure. Pourquoi on l'appelle une structure ? Pourquoi on ne l'appelle pas un bordel ? Parce qu'une structure c'est structuré. Et dans notre société, on a besoin d'être structuré, on a besoin des structures. » CAFG-G

C. Les solutions envisagées et recherchées par les professionnels

C.1. Avoir une base, une assise identitaire suffisamment solide et sécurisante : se soucier de soi

C.1.1. Le soignant doit cultiver un regard réflexif sur lui-même

Il est indispensable pour le soignant de connaître ses motivations à choisir l'exercice du soin des personnes addictées. Cela lui permet de faire face aux difficultés qui se présentent dans la relation avec les patients et de donner du sens aux expériences qu'il fait et aux émotions qu'il éprouve dans le soin. Ce regard réflexif protège le soignant mais également le patient puisqu'il évite à ce dernier d'être pris comme instrument par le professionnel.

Cette démarche exigeante concerne les individus engagés dans le soin mais peut-être soutenue par le collectif et le cadre du soin.

« Non, après, quand on sait le métier et pourquoi on le fait, je pense que les addictions [ça n'est pas plus difficile] » CAFG-A

« Je pense qu'il faut savoir très précisément pourquoi on fait ça, quelle place on occupe, qu'est-ce que ça interroge dans son histoire. Ça doit pas être un métier qu'on fait à la légère. Moi j'ai une idée très précise des raisons pour lesquelles, je travaille dans ce secteur d'activités » CAIPro1

« C'est vrai en tout cas que pour nous, soignants, c'est très important au début de travailler sur nos propres représentations. » CHFG-G

C.1.2. Le soignant doit savoir se soigner

« Ça me paraît indispensable quoi, je veux dire, pour travailler dans ce type de structure de faire soi-même un travail sur soi. » CAIPro1

« J'ai moi-même un suivi psychologique. (...) Je fais un travail sur moi-même que je trouve nécessaire par rapport à ma fonction, pour ne pas me perdre déjà au sein de mes différents rôles, dans ma fonction, et pour bien justement poser les bases et les barrières entre ce qui aurait pu être ma vie de personne addict et ma vie actuelle de professionnel du champ de l'addiction. » CAIPro2

C.1.3. Le soignant doit se former

La formation apparaît comme un élément indispensable à la qualité du soin. Elle a évidemment un rôle capital dans l'acquisition et le maintien d'un bon niveau technique du soin.

« Donc, on a un savoir-faire, on calme les gens. (...) Savoir comment se comporter face à des situations, c'est une question de formation. » CAIPro1

« On se rend compte que c'est important d'avoir la théorie, parce qu'en fait ce qui fait peur c'est la méconnaissance. » CHFG-B

« D'où l'importance de la théorie, de la connaissance... parce que ça permet de te protéger un peu et de pas mettre d'affect là-dedans. » CHFG-C

Mais la formation est évoquée également par les professionnels pour ces capacités à donner du sens aux expériences des soignants et à soutenir leur identité de soignants.

« C'est difficile quand on n'est pas formé, quand on imagine que les gens ont... qu'on peut pas trouver de solutions à leurs problèmes d'addictions. » CAIPro1

« La formation du professionnel ça aide beaucoup, avoir les outils, savoir quelque chose intellectuellement. (...) Je pense que c'est la clef qui ouvre les portes de la rencontre. » CAFG-D

« Je pense que la théorie en addicto c'est extrêmement important, c'est extrêmement... enfin... c'est très évident, ça permet de repérer les choses rapidement, et de se protéger. » CHFG-C

C.1.4. Le soignant doit pouvoir s'appuyer sur une théorie

Les références théoriques sont très présentes au fil des entretiens. Elles permettent de donner un sens aux comportements addictifs et de se décaler par rapport au discours de sens commun.

Certains soignants soulignent que la théorie et le travail fait autour permet de maintenir la pensée en mouvement.

CHFG-D : Mais je suis d'accord... tout à l'heure, avec la théorie... moi je pense que ça fait du bien pour tout le monde.

CHFG-A : Tout à fait, tout à fait. Déjà ça te remet toujours entre guillemets au bout du...

CHFG-B : Et puis en question.

CHFG-A : Voilà ça te... moi je sais que si t'évolues pas, si tu stagnes, au bout d'un moment tu te blase et tu deviens un mauvais soignant parce que t'es plus...

CHFG-D : Voilà !

CHFG-C : Et puis ça te permet de connaître un peu aussi tes limites. Parce que je pense que on a... il y a une durée de vie quand même limitée ici.

C.1.5. Le soignant doit savoir se protéger

Se protéger n'est pas ici (uniquement) entendu comme mettre en place des dispositifs sécurisants. Il s'agit avant tout pour le professionnel de se placer dans des conditions qui lui assurent une certaine sécurité interne, identitaire. Cela passe par le regard sur soi et la formation, mais également par la capacité à s'intégrer dans une institution offrant un cadre protecteur ainsi que par l'entretien d'une vie personnelle riche de vitalité et de plaisir.

« Un milieu (l'hôpital) où ça reste bien, ou ça reste un milieu protégé. »
CHFG-C

« Pour être disponible et efficace dans ce travail, il faut vraiment justement, à côté de ce travail, avoir une vie très riche (sourire), très dense et dans laquelle on peut se ressourcer. (...) J'ai une vie qui m'appartient et j'essaye (de rendre) la plus dense, la plus riche possible et surtout la plus différente de ce que je fais pour pouvoir arriver de bonne humeur au travail et surtout que ce soit pas quelque chose de contraint. » CAIPro1

C.2. Savoir, dans le soin, allier prudence et engagement : trouver une bonne attitude

C.2.1. Être prudent et modéré

Cette attitude est recommandée par les professionnels à la fois comme un moyen de se protéger des déconvenues inévitables dans les expériences de soin avec les patients addictés et comme un outil thérapeutique. Ils conseillent effectivement d'entrer prudemment dans la relation, de lui donner du temps, de proposer des objectifs raisonnables et adaptés à la singularité du patient. Cette position leur semble toutefois très délicate à trouver et jamais définitive. Face à la gravité des situations des patients, elle est difficile à tenir. Elle nécessite également un puissant sentiment de légitimité et de sécurité dont les professionnels ne sont pas toujours dotés.

« Mon objectif est pas forcément que ça tienne. C'est plus leur apporter un confort de vie, peu importe le temps qu'il dure, mais au moins qu'il y est eu ça. » CHFG-C

« Mais ce qui est difficile, c'est justement de trouver le bon rythme avec le patient, de ne pas être trop... trop demander non plus. » CHFG-A

C.2.2. Savoir prendre des risques

Dépasser l'appréhension de la violence est important parce que cela permet aux patients de revenir et de s'engager dans le soin.

« Essayer de digérer cette violence qui permet aussi de faire en sorte qu'ils reviennent, qu'ils adhèrent à quelque chose merde ! » CHFG-F

« Le premier sentiment qui est important pour eux, c'est de se sentir en sécurité. » CAIPro1

C.2.3. Être patient, prendre le temps

« Et ça prend énormément de temps, énormément d'années, on arrive à sortir des gens de la rue mais c'est un travail de fourmis qui prend, beaucoup, beaucoup de temps. » CAIPro2 (N)

C.2.4. Savoir se dégager du jugement et des attitudes communes

En premier lieu, il s'agit de reconnaître que le mensonge n'empêche pas de travailler. Et que, de plus, il justifie un effort particulier des soignants.

« C'est pas parce qu'elles³²⁹ sont menteuses dans leurs recherches... et qu'elles peuvent avoir des comportement malhonnêtes que c'est des personnes qui peuvent pas être prises en charge et écoutées dans leurs globalités. (...) à partir du moment où ils sollicitent les structures, les dispositifs de soin, il faut les écouter et les accompagner. » CAIPro1

« Mais ça, c'est à nous de briser la glace en fait. C'est pas à eux de s'adapter, tu vois. Donc c'est pas à nous de les traiter de manipulateurs, c'est à nous de faire quelque chose qui fasse qu'il n'y ait plus de crainte par rapport à ça. » CHFG-C

Il est important de ne pas être dans le jugement.

« Qu'il rencontre des gens qui ne peuvent, qui ne portent pas de jugement sur son mode de... sur son comportement, (...) ça le rassurerait. » CAIPro2 (N)

« Surtout pas les juger... ne pas être dupe non plus. » CAIPro1

³²⁹ Le féminin pluriel fait référence aux « personnes addictées ».

« Si on est là, c'est parce qu'on comprend, qu'on ne juge pas, qu'on ne critique pas. » CHFG-G

Mais c'est également difficile de se tenir à distance des représentations morales parce qu'elles sont omniprésentes dans la relation. Elles embarrassent beaucoup les soignants.

C.2.5. Accepter de jouer le jeu

Accepter que cela fasse « partie du jeu » entre patients et soignants.

« Le mensonge est présent. (Silence 4s) Mais ça fait partie du ping-pong, du jeu qu'il y a entre le patient et le professionnel. » CAIPro1

« On a l'habitude de dire que ça fait partie du jeu... que la personne essaie par tous les moyens d'obtenir le plus possible. » CAIPro2

C.2.6. Se montrer créatif

Avoir plus d'activités à proposer. Cela stimule les professionnels et cela aide les patients à tisser des liens avec eux.

CHFG-C : Et puis plus activités aussi

CHFG-F : Ce qui serait bien aussi... Moi, j'ai bossé dans un service où tout le monde animait une activité.

CHFG-D : Ouais.

CHFG-F : Tous les médecins, les soignants, infirmiers, aides-soignants étaient formés, suivait une formation.

CHFG-B : C'est important.

CHFG-D : Oui que chacun, chacun soit responsable.

CHFG-F : D'une activité thérapeutique.

CHFG-B : Ouais

(...)

CHFG-A : Mais c'est vrai qu'à travers les activités, on pêche vachement d'infos.

CHFG-F : Ils s'expriment autrement, ils sont plus posés, ça les met moins en difficulté que le : 'Ah ben allez-y, parlez-moi de vous'.

CHFG-C : Ouais, c'est vrai.

CHFG-A : Ils se décentrent un peu...

Faire des réunions soignants-soignés.

« Des réunions soignant-soignées aussi. » CHFG-F

C.2.7. Réparer, combler les manques et raconter les histoires avec les patients

Face aux histoires lacunaires et discontinues des patients, les soignants tentent de trouver du sens.

« La fuite. Sans explications. Le fait euh..., de..., de renoncer apparemment à des..., à des postes a priori intéressants, où il est reconnu, (...). Donc ça veut dire que y'a derrière un sentiment euh..., puissant quoi qui l'amène à ..., à renoncer, à saborder un peu... comme ça..., un itinéraire qui pourrait être plus..., voilà. Or la honte me semble ... » CSIPro2 (N)

La tribu peut ainsi porter une continuité nouvelle et produire des récits.

« Une reconstruction d'identité différente euh par l'intermédiaire de ces gens [...] ces gens qui lui redonnent une identité. » CAIPro1 (N)

« L'idée d'une tribu pour moi (...) ça évoque aussi euh..., Voilà les..., les..., des mythes, ou des contes, ou des récits, comme ça euh..., c'est l'idée de... Voilà, de raconter..., de se transmettre des choses, etc..., 'fin..., euh... Ouais, c'est l'idée du collectif. » CSIPro2 (N)

C.3. Miser malgré tout sur la relation et la confiance

C.3.1. Investir la relation

« Et nous ce qu'on essaye de faire ici justement, très modestement, c'est d'aider des gens en créant des liens avec eux. » CAIPro2 (N)

C'est au travers de ces liens qu'un mouvement thérapeutique est possible.

« S'il trouve des ressources qui lui donnent un peu d'espoir, il fera la première série d'expériences positives ; s'il reste isolé (...), il cherchera à confirmer euh ses pensées négatives. » CSIPro1 (N)

« C'est-à-dire, ce qu'il faudrait manifestement pour qu'il arrive à changer, à faire autrement... il faudrait qu'il rencontre des gens. » CAIPro2 (N)

C.3.2. S'engager auprès des patients et militer pour un projet de société

« Être présents, être là tout simplement » CAIPro2 (N)

Les soignants disent régulièrement que l'engagement est une clé de l'établissement de la relation et de la réussite du soin. C'est cet engagement qui peut redonner au patient l'envie d'entrer en relation et de donner une place moins centrale au produit. Il implique que les professionnels prennent des risques, qu'ils s'exposent de manière parfois vertigineuse. Ils doivent porter le désir de soigner le patient et en même temps savoir s'effacer devant les désirs souvent contradictoires de celui-ci. Il y a là encore un équilibre difficile à trouver et toujours précaire.

« (...) donner quand même... enfin s'investir. On est obligé de s'investir dans ce genre de pathologie. » CHFG-A

Mais, à écouter les professionnels, l'engagement doit se porter au-delà de l'espace de la relation de soin, vers la société. Le discours se fait alors militant, ferme, déterminé. Il dénonce la stigmatisation qui pèse sur les patients, aggrave leur situation et complique la tâche des soignants. Les professionnels placent leurs espoirs dans l'essor de la discipline addictologique et de ses dispositifs dont ils pensent qu'ils feront changer le regard porté sur les personnes en situation d'addiction et sur leurs souffrances.

« C'est pas encore trop ancré, le fait que ce soit une maladie. Mais ça va commencer. On en parle souvent, de l'addicto(logie), maintenant. (...) ça me fait penser au sida. Au début c'était vraiment la maladie qu'on tenait un peu à l'écart avec plein de connotations... (...) Moi, j'ai entendu de l'extérieur parfois des gens : 'Ben, c'est parce qu'ils l'ont bien cherché'. Voilà, c'est pas comme un cancer où, le pauvre, il a une maladie comme ça, il l'a pas cherché. Bon, les addicts, c'est... ça va bouger, je pense, au fur et à mesure du temps. » CHFG-A

« J'espère drainer ça aussi à l'extérieur de mon service. Je pense que mes collègues aussi... quelques-uns qui sont très impliqués. On travaille pas dans un endroit, euh... j'allais dire anodin. Je veux dire que les addictions, c'est quelque-chose qui est transversal à toute la société, à tous les niveaux de la société et quasiment tous les âges et toutes les classes sociales. Et c'est un problème en réalité un peu du quotidien euh... soit directement, soit indirectement pour chaque personne. Donc tout le monde a un jugement, tout le monde a une réflexion, aussi courte soit-elle, il y a toujours quelque chose. C'est un sujet qui concerne tout le monde et je pense que cette façon d'appréhender les addictions, de les entrevoir, de les comprendre, c'est quelque-chose qui doit s'exporter. Notre façon de faire, notre façon

d'envisager ce que l'on peut faire avec eux est quelque chose qui doit s'exporter hors de nos murs, qui doit s'infiltrer dans la société, je pense oui, pour changer le regard de tout le monde et je crois que c'est une des solutions, certainement, qui permettraient aux addicts de rentrer plus rapidement en soin, non pas d'éviter les addictions mais de permettre aux gens d'être un peu moins cassés, brisés à l'extérieur. Le rêve, ça serait que chaque individu soit un premier maillon d'une prise en charge, voilà... que ce soit pas nous les premiers maillons, que la société sache le faire. Mais je suis un peu utopiste. » CHIPro1

C.3.3. Favoriser l'établissement d'un climat de confiance

Malgré la forte défiance qui domine la rencontre avec les patients et la méfiance des soignants vis-à-vis de la confiance, cette dernière est pourtant finalement bien perçue comme essentielle à l'établissement d'une relation de soin. Etablir un climat de confiance est un rôle soignant dans la mesure où cela permet de tisser la relation et de reconnaître les patients comme interlocuteurs.

« C'est important de leur faire confiance. (...) C'est pas qu'on les croit à 100%, mais après, il faut que si il y a une personne qui, qui leur fasse confiance, c'est nous. » CHFG-F

« Je fais confiance à l'expression du moment. On peut avoir des doutes des fois, on peut avoir des doutes, mais c'est pas très grave... dans le cours de la discussion, les doutes vont être levés. Donc oui, j'attache beaucoup d'importance à ce que me disent les gens, parce que c'est ce qui veulent me dire... ne serait-ce que ça, c'est très important. » CSIPro1

« Moi, j'ai tendance à accorder assez facilement ma confiance, mais, mais en ayant des limites assez cadrées quoi. (...) Je trouve que c'est, c'est assez payant je trouve de faire confiance. » CAIPro1

« Oui, j'ai confiance dans la mesure où ils viennent nous voir de façon volontaire... donc il y a quelque chose. Il y a peut-être pas une adéquation parfaite entre ce qu'ils disent et ce qu'ils font (...) mais ça se travaille, on progresse. Globalement oui, oui, oui je leur fait confiance, oui. » CHIPro1

La confiance que le soignant engage apparaît alors comme une invitation au patient à lui faire confiance.

« Oui, d'une manière générale, je ne pourrais pas travailler si je n'avais pas confiance. Je pense que, d'ailleurs, personne ne me ferait jamais confiance si je ne faisais pas confiance. Et je ne vois pas pourquoi d'ailleurs effectivement on me ferait confiance si j'ai pas confiance. » CSIPro1

La confiance est ainsi perçue comme un ingrédient nécessaire au travail du soin.

« Je leur fais confiance. Si je leur fais pas confiance, y'a pas de, c'est difficile de faire un travail avec eux. Il faut que la confiance soit partagée. » CHIPro1

« Ça me paraît vraiment un processus relationnel, la confiance. En général, on a confiance dans les gens qui ont confiance en nous et on se défie des gens qui se défient de nous. » CSIPro1

« C'est l'élément indispensable qui permet de progresser dans, dans la prise en charge. Oui, et la confiance mutuelle me paraît quelque chose vraiment d'incontournable. (...) Pour pouvoir discuter et creuser un peu des choses parfois extrêmement difficiles, il faut, il faut qu'elle ait une sacrée confiance en nous... même pour pouvoir avancer là-dessus, accepter de nous dire des choses de leur vécu, de leurs émotions, accepter qu'on les fasse avancer dessus en les, en les faisant fouiller encore plus. Ils se livrent à nous... pour se livrer à nous comme ça, il faut une sacrée dose de confiance quand même. » CHIPro1

L'effort pour mettre en place les conditions de la confiance fait donc partie du travail des professionnels.

« Nous, par notre travail, par la mise en place d'une telle salle, la personne d'abord, lorsqu'elle arrive la première fois, elle s'assoit, elle prend le temps de se poser et discuter avec les autres, de savoir qui est éducateur et quel rapport il peut y avoir avec l'éducateur, quelles sont les règles qui régissent la salle, l'espace, tout ça... ça prend du temps. La personne petit-à-petit, si elle se sent un peu bien, elle commence à nous faire confiance. » CAFG-C

« Ce que je veux dire, c'est que notre boulot justement, c'est qu'ils, c'est qu'ils nous fassent confiance. Alors que le leur... enfin, c'est pas leur boulot, ils ne sont pas là pour qu'on leur fasse confiance. Alors que nous, pour travailler, on est là pour ça, c'est ça la différence je pense. On doit être fiables, et ils doivent pouvoir s'appuyer sur nous, et on doit être stables pour ça. » CAFG-B

« C'est l'élément indispensable qui permet de progresser dans, dans la prise en charge. » CHIPro1

Les soignants soulignent alors qu'il existe différents moyens de renforcer cette confiance :

- Montrer qu'on est fiable

« J'ai tendance à croire que quand on fait quelque chose pour quelqu'un et (qu') il voit que ça marche, que ça avance... on honore notre prise en charge, on se bouge pour lui, que la personne obtient des résultats, elle a les moyens elle aussi d'évaluer notre travail, donc c'est vraiment une relation de confiance qui s'instaure mais qui n'est pas, qui n'est pas dissymétrique... qui n'est pas linéaire non plus, il y a des moments de rupture parce que les produits sont là. » CAIPro1

- Montrer qu'on est compétent

« J'ai tissé des liens. Pour la plupart, ils ont relativement confiance dans ce que je dis... aussi parce qu'ils savent que j'ai suivi des formations théoriques pour me spécialiser un petit peu dans les domaines où j'interviens. » CAIPro2

- Compter sur le temps

« J'ai l'impression que oui mais ça n'a pas, ça n'a pas été de soi tout de suite. Il a fallu au préalable créer un lien de confiance. Euh... tant que ce lien de confiance n'est pas tissé ou en tout cas pas été ébauché, il y a toujours une part de doute et de de de manque de confiance. » CAIPro2

« Je vois pas tellement d'autre solution que... que le temps (...) pour décontaminer la relation euh... décontaminer les relations qui ont été pourries depuis des années et des années euh... j'sais pas... il faut le temps quoi. » CSIPro2

- Montrer qu'on a une éthique, un engagement et un savoir-faire professionnel

« Ils ont confiance dans notre, au bout d'un moment, ils sentent notre éthique, notre engagement, notre bienveillance, notre posture thérapeutique, le cadre... » CSFG-F

- Montrer qu'on se préoccupe « réellement » des patients

« Je crois que c'est ça, avoir la confiance de quelqu'un. C'est vraiment montrer que ses problèmes sont, ben qu'on s'y intéresse réellement et on va en parler réellement ensemble, hein, on les prend vraiment à cœur et on va essayer de proposer avec eux des solutions. » CHIPro1

- Montrer qu'on est empathique et ne pas être dans l'illusion ni faire de fausses promesses.

« Oui, je pense qu'elles ont confiance dans la mesure où faut pas leur dire n'importe quoi non plus. Gagner la confiance, donner de la confiance à quelqu'un c'est le considérer réellement, d'où l'attitude empathique absolument nécessaire d'une part et puis ne pas leur faire miroiter des, des choses trop belles et trop lointaines, (...) pas balancer de but en blanc des lendemains radieux comme ça, comme avec un coup de baguette magique, (...) pas de miroir aux alouettes. (...) Il a fallu longtemps pour en arriver là, (il) faudra un certain temps aussi pour en partir. » CHIProl

- Mettre un peu de soi, mais cela peut être délicat

« Moi, en tant qu'infirmière, j'ai cette liberté là aussi où parfois je me permets de donner des conseils personnels. Mais bon, je dose avant, je dis pas à n'importe qui. Je me livre un petit peu justement, ou je fais passer quelques sentiments voilà. J'ai cette liberté-là, je peux jouer un peu avec l'émotion et parfois ça marche justement. Il y a cette confiance-là où les gens m'écoutent parce que j'ai mis un peu de moi. » CHFG-C

- Permettre aux patients de voir les effets de l'engagement des soignants

« Je trouve qu'ils sont, ils ont, ils voient très bien ce qu'on fait ou ce qu'on ne fait pas pour eux. Donc ça dépend vraiment de notre engagement et du soutien qu'on leur apporte. Donc moi, j'ai plutôt naturellement tendance à penser qu'ils se fient à nous parce que, parce que même pour les gens qui ne font que fréquenter le centre, se poser, boire un café, prendre une douche et voir le médecin de temps en temps et qui continuent à consommer leurs produits, le fait d'être ici en sécurité, dans un endroit où ils ne sont pas jugés, où ils se posent, où ils peuvent discuter avec des travailleurs sociaux, bah ça leur fait du bien. » CAIProl

C.4.S'appuyer sur le groupe et l'institution

Ce thème émerge lorsque les difficultés les plus fortes sont évoquées. Travailler seul paraît impensable pour la plupart des professionnels.

C.4.1. Aménager un cadre de soin adéquat

Avoir un cadre de travail contenant, rassurant et capable d'abriter une relation de soin.

« Je sais plus si c'était spécifié dans le texte euh, s'il a finalement trouvé un endroit où il se sent bien... » CAProl (N)

« L'idée de la tribu c'est... donc c'est... c'est... c'est du collectif, c'est des liens euh... c'est des liens forts, c'est un truc qui porte, qui contient. » CSIPro2 (N)

« Ce serait peut-être en terme de cadre. Dans le sens où la pièce où je fais mes entretiens paramédicaux est pas super confidentialisée, où on peut être assez souvent dérangés que ce soit par le téléphone, par des gens qui tapent à la porte par... donc en terme de cadre, il pourrait effectivement y avoir des aménagements qui seraient bénéfiques. (...) Le cadre limite un petit peu la prise en charge et la confidentialité des échanges et donc forcément, ça impacte sur la confiance que pourrait avoir l'utilisateur. Parfois, il parle tout bas, il parle pas très fort de peur d'être entendu du couloir. Donc le cadre a clairement son importance. » CAIPro2

C.4.2. Se rappeler des principes qui fondent l'action (la tâche primaire)

Après le premier temps des entretiens consacré aux différentes représentations de sens commun sur les personnes addictées, la question est posée aux professionnels de leur position propre : « Et ici, comment voyez-vous ces questions ? ». De manière constante, que ce soit dans les *focus groups* ou les entretiens individuels, les réponses s'apparentent à des « professions de foi ». Les principes d'action qui réunissent les professionnels dans ces lieux sont rappelés.

« On a un cadre professionnel défini, et que, ben voilà... on a un ensemble de règles de fonctionnement, une mission, qui nous protègent énormément en fait. » CAIPro2

C.4.2.1. Le CAARUD

L'importance du partage de valeurs communes est soulignée.

« Je veux dire, les gens qui sont ici sont plutôt motivés par leur boulot. Ils ont choisi de travailler ici. Il y a différents services dans l'association, certains ont fait plusieurs services et voilà donc, on a une façon de travailler ensemble. » CAIPro1

Les principes rappelés sont :

- La reconnaissance de l'individualité et de « l'humanité » de la personne ;
l'absence de jugement

« Il y a des pensées, des idées quand qui ont présidé la mise en place des organisations, du social, du travail du social. Un être humain est amené toujours à évoluer. Un être humain placé dans de bonnes conditions peut, à un moment donné, évoluer, peut essayer, même avec sa souffrance, de s'insérer, d'avoir une certaine forme d'autonomie. (...) (Le but est) d'accompagner la personne pour lui permettre d'émerger. Donc d'emblée, on n'est pas amené à les juger, c'est à dire de nous ne vient pas l'idée de dire : 'mais quel jugement on peut porter sur eux ?' ou bien quelle autre valeur nous avons vis à vis de cette personne. On ne les compare pas à qui que ce soit, mais on se dit que c'est un être humain, pour le moment vivant, avec un problème donné. Dans la rencontre on essaye de discuter avec elle, de l'accompagner, de voir si il peut y avoir des étincelles qui puissent lui permettre d'émerger, de se garder, de s'accomplir. Voilà. » CAFG-C

- La tolérance, l'empathie et la capacitation (*empowerment*)

« J'ai l'impression qu'ici, il y a quand même une culture du laisser-vivre l'autre, tout en, bien sûr, étant dans l'empathie et aidant à partir du moment où ça devient nécessaire ou alors où ça est demandé. (...) Donc, à partir de là, je me dis (que) c'est des gens qui ont de la ressource, maintenant, il faudrait qu'elle soit utilisée à bon escient et essayer, comme ça, de leur faire prendre conscience de leurs ressources et de faire en sorte qu'ils réussissent à s'en emparer et à s'auto-prendre en charge, même si ils ont besoin d'accompagnement. » CAIPro2

C.4.2.2. *Le CHU*

La question n'a pas été posée au groupe, mais celui-ci fait part tout au long du *focus group* de ses principes d'action : individualisation des soins, promotion du modèle « maladie », compétence scientifique, informations et explications aux patients et à leur entourage, tolérance, empathie, absence de jugement.

L'importance d'une communauté de points de vue est également soulignée, mais de manière plus « verticale ».

« On les a recrutés avec cette philosophie-là. Que ce soient (les responsables médicaux) ou moi, on les a recrutés sur cette façon... et puis parce que c'est quelque-chose auquel ils adhèrent vraiment totalement et on est sur la même longueur d'onde. (...) Je crois que la plupart d'entre nous sommes sortis du jugement moral de cette histoire-là. » CHIPro1

C.4.2.3. *Le CSAPA*

Pour ces professionnels, la tolérance, l'empathie, l'absence de jugement, la reconnaissance de la singularité sont englobées dans une « méta-position » psychodynamique qui repose sur la recherche du sens du symptôme et le décalage par rapport à celui-ci.

« La drogue permet de ne pas en parler... et de venir en parler, au bout d'un moment, repartir dans l'histoire et donc découvrir, de nombreuses fois, des traumatismes de toutes sortes, ça peut être de graves dépression, abus, maltraitance, martyr... des choses terribles. » CSFG-C

« On voit moins la conduite, enfin le comportement d'addiction..., on voit moins ça que la question des liens dans la famille. » CSIPro2

C.4.3. *S'appuyer sur ses collègues et nourrir une dynamique collective*

« Alors d'un autre côté, ce qui me paraît très protecteur aussi ben c'est justement le fait qu'on soit une équipe. » CAIPro2 (N)

« C'est du collectif, c'est des liens euh..., euh..., c... c'est..., c'est des liens forts, c'est un truc qui porte, qui contient. » CSIPro2 (N)

Les temps communs sont essentiels.

« Il nous arrive d'échanger la plupart du temps aussi avec des collègues dans cette structure. Nous avons une instance qu'on appelle réunion d'équipe, qui nous permet aussi de remonter les choses, d'en discuter, d'entendre les autres collègues faire des propositions sur une situation donnée, ou bien quelque fois de parler de nos ressentis. CAFG-C

« On essaie de parler entre nous. On fait des staffs assez réguliers dans les trois, dans les trois structures : l'hospitalisation, l'hôpital de jour ou la consultation. » CHIPro1

Ils permettent de coordonner les soins complexes mais aussi de partager et transmettre des expériences, de développer une pensée clinique et de parler de ses propres difficultés.

C.4.4. Dépasser collectivement les contraintes en innovant

« Les gens ont des itinéraires, des histoires très différentes, des formations souvent différentes, des histoires de vie très différentes et c'est cette, cette richesse qui fait qu'on peut découvrir, se découvrir, et être capable d'aller à la rencontre de personnes qui fondamentalement n'ont rien, rien en commun avec soi. » CAIPro2

« On a été dans une logique d'adaptation en permanence pour essayer de répondre et d'adapter l'offre et notre mission au public qui venait. (...) Notre boulot c'est ça aussi, c'est d'essayer d'adapter notre pratique à un public et obtenir des moyens supplémentaires. Cette pratique aussi est un peu originale pour un CAARUD parce qu'on est l'un des rares CAARUD à faire comme ça, à monter des projets de ce type. » CAIPro1

C.4.5. Des dispositifs pratiques parfois problématiques

Plusieurs dispositifs pratiques sont évoqués au cours des entretiens : caméras de vidéosurveillance, tests urinaires de toxiques et éthylotests, contrats de soin.

C.4.5.1. Les dispositifs problématiques : tests urinaires et éthylotests

Certains soignants renvoient la question de l'utilité des tests vers les médecins, ce qui semble leur permettre de ne pas répondre immédiatement. Ce sont effectivement dans les lieux médicalisés que les discours favorables à l'utilité des tests urinaires sont énoncés. Ils peuvent être utiles à plusieurs titres. Dans un programme de substitution, ils permettent de s'assurer que le patient a réellement besoin de traitement. Si les tests sont programmés et inscrits dans un cadre de soin, ils sont utiles aux patients qui s'appuient sur ce cadre. Ainsi, certains patients demandent à être testés. Ils le font parfois pour prouver leur parole quand elle n'est pas crue par les soignants. Les tests peuvent aussi permettre aux patients de révéler leurs consommations (ou non-consommations) sans les dire. Ils évitent également aux soignants de se tromper et de délivrer les mauvais messages aux patients. Ils sont utiles si les professionnels savent valoriser la concordance entre les résultats et les déclarations des patients et ne pas souligner négativement les discordances.

Les soignants peuvent ainsi reconnaître les tests comme des soins, mais il faut s'en assurer parce que c'est tout de même délicat. Les soignants peuvent se sentir mal à l'aise face aux tests urinaires.

Les problèmes soulevés par l'usage de tests urinaires sont en effet nombreux.

Les tests sont liés à la vérification des paroles des patients.

« Pour savoir s'il ment, s'il ne ment pas ? Non, ça m'intéresse pas du tout, je travaille sur la parole. » CAFG-D

La démarche peut justement dégrader le climat de confiance de la relation de soin.

« Même rien que cette démarche, ça peut casser la confiance : 'Il me fait même pas confiance, il me demande de pisser pour savoir qu'est-ce que j'ai consommé hier soir'. » CAFG-G

« Je suis plutôt contre l'éthylotest, la bandelette urinaire, les analyses urinaires... ce genre de choses qui mettrait en doute, en tout cas dans la tête de l'usager, qui mettrait en doute la confiance que je pourrais accorder dans son discours. » CAIPro2

« Ça la perverti quoi, la question de la confiance. Ça la met à un endroit qui n'est pas le bon endroit, ou un truc comme ça. Ça la met que dans un sens quoi. » CSIPro2

Les tests vont dans le sens d'une désignation des patients.

« C'est rentrer dans la désignation en fait : 'Oh regardez, c'est positif ! » CSFG-D

Ils sont du côté du contrôle sur les patients.

« C'est le côté contrôle que je trouve tout à fait dégueulasse et insupportable. » CAIPro1

« On n'est pas là pour contrôler, vérifier. » CSFG-C

Les allusions à l'action policière sont nombreuses.

« C'est un peu fliquer quand même. » CHFG-C

« Ni les test ADN, ni tout ça... » CHFG-F [Allusion à des projets gouvernementaux de contrôle de l'immigration]

« C'est une espèce de flicage comme ça que je trouve super déplaisant quoi. Qui me choque vachement quoi. » CSIPro2

Les tests peuvent être perçus comme une violence... parfois même fasciste.

« Je préfère qu'il y ait un doute qui reste plutôt que d'imposer cette violence à l'usager. » CAIPro2

« C'est une méthode tout à fait fasciste à laquelle j'ai toujours, que j'ai toujours exécuté, c'est, c'est n'importe quoi, c'est surtout ne pas faire confiance à l'usager. » CAIPro1

Ils peuvent créer des difficultés en retour.

« Ça peut foutre le merdier ! » CSFG-D

Les tests apparaissent aussi comme intrusifs et pouvant établir une promiscuité indésirables et gênante pour tout le monde.

« On entre dans la chambre avec le gobelet, on regarde s'il n'y a pas d'urine qui traîne, on demande au patient d'uriner... bah c'est vrai, c'est un peu dérangeant. » CHFG-D

Cela conduit à faire des choses dérangeantes qui ont plutôt tendance à renforcer un climat de défiance.

« C'est des filous, ils trafiquaient parfois. Ils se passaient les échantillons. Et alors du coup, on a dû instaurer une espèce de protocole un peu 'flic' quoi, où on se mettait derrière... avant on leur donnait le gobelet, ils allaient pisser et ils faisaient leur vie, mais quand on s'est rendu compte qu'ils filoutaient, ben on est derrière la porte, c'est hyper désagréable. » CHFG-C

Et cela fait agir les soignants comme des parents méfiants.

« C'est vrai que cette question de la confiance, on en parlait entre les patients et les thérapeutes, mais elle est tout le temps présente j'trouve dans les familles. (...) Les parents imaginent qu'effectivement, en fliquant leur gosse à travers ce genre de trucs, ils vont régler le problème et puis que de toute façon, si il n'y a plus de problème de fumette, il n'y a plus de problème quoi. » CSIPro2

C.4.5.2. Les dispositifs utiles à certaines conditions : les contrats

À la différence des tests urinaires qui éveillent chez une majorité de professionnels des sentiments ambivalents et embarrassés, les contrats suscitent des réactions différentes selon le lieu où la question est posée. Les professionnels du CHU y voient un outil essentiel tandis que ceux du CAARUD et du CSAPA sont plus réservés.

Dans le service hospitalier, le contrat est utilisé systématiquement. Il sert à représenter le cadre et à faire connaître le règlement intérieur auquel le patient doit se plier. Le contrat représente un cadre contraignant mais restructurant pour le patient.

CHFG-A : C'est tellement des gens qui sont partis en vrille, que euh... ils ont besoin d'être repositionnés.

CHFG-F : Je trouve que ça les aide à se fixer des limites qu'ils ont pas.

Toutefois, lorsque le contrat est opposé aux patients de façon rigoureuse et systématique, il alourdi considérablement le fonctionnement de l'équipe et nuit au sens et à la qualité du soin. Il faut donc pouvoir utiliser le contrat comme un support qui peut être souple et déformé plutôt que comme un cadre rigide.

Du côté du CAARUD et du CSAPA, le contrat est vu comme un lien rigide et enfermant.

« Si tu signes, c'est que tu adhères, donc si t'adhères, c'est que tu dois le faire, tu dois le faire. Tu dois le faire, sinon tu ne signes pas. Sinon ça ne veut rien dire, c'est : 'Je dois le faire si je signe', c'est ça le problème. »CAFG-A

« Signer moi j'aime pas trop cette ambiance, cette éthique que ça met. On n'est pas chez le notaire ou chez le juge ou chez, chez qui on signe, ou chez le maire ! » CSFG-F

Mais pour ces soignants, si l'on écarte toute sanction consécutive à une rupture du contrat du fait du patient, les contrats peuvent avoir toutefois quelques intérêts.

Il aide à soutenir la démarche de soin.

« On peut utiliser en entretien le DIPEC : il y a telle démarche à faire. Cela n'est pas dit que c'est forcément un engagement de la personne si elle ne le fait pas. » CAFG-C

Il peut aider les patients à comprendre où les soignants veulent aller.

« Moi je trouve que ça peut aider à clarifier certains de nos objectifs pour des personnes très, très embrouillées. » CAFG-B

Il aide usagers et soignants à se repérer par rapport à leurs objectifs.

« Ça permet d'avoir une ligne directrice et de voir à quel moment on a dévié de cette ligne directrice, à quel moment le projet de vie ou le projet de soin s'est arrêté, où il y a eu un problème... » CAIPro2

Parfois la contractualisation est utilisée pour maintenir les patients en vie.

« Signer non, moi j'aime pas signer. Mais qu'il y ait un contrat d'engagement, c'est-à-dire par rapport aux problématiques de mort et d'enjeux vitaux, parfois pendant la thérapie moi, je fais des engagements moraux, comme ça, des contrats : on se serre la main, il s'engage à ne pas se tuer pendant le temps de la thérapie. » CSFG-F

Le contrat peut également permettre de réinscrire les patients dans une temporalité.

« Ce que je trouve pas mal dans le contrat, c'est que ça introduit le temps, ça peut introduire le temps. On peut s'engager avec une famille par exemple sur 10 entretiens, et puis après on décide si on continue ou si on ne continue pas. C'est mettre la notion de la temporalité à l'intérieur de la thérapie, je trouve que c'est pas mal. » CSFG-B

C.5. Le recours à l'extérieur

« L'extérieur » est vu comme une menace mais il semble pourtant évident à une grande majorité des professionnels qu'une zone d'échange, même restreinte, avec des gens étrangers au lieu de soin est indispensable.

Le modèle de cette relation de soutien avec l'extérieur est la supervision.

« Dans nos réunions quelque fois arrive un superviseur qui nous permet de nous éclairer sur nos pratiques, de nous éclairer sur nos ressentis ou bien sur ce que je peux appeler obstacle. (...) Il y a des moments de doute, et ces réunions nous permettent d'échanger ou bien de reformuler les choses. (...) Moi je pense que des moments comme ça permettent de saisir, ou bien de moins douter. » CAFG-C

« Ça me paraît tout à fait indispensable dans le fonctionnement du groupe. C'est ce qu'on peut appeler les analyses de pratique avec une personne extérieure à la structure. On en sort, on a fait 48 heures d'un truc assez intensif et on a envie de s'inscrire dans quelque chose de très régulier avec quelqu'un qui est psychanalyste de formation. » CAIPro1

« En soins palliatifs, on avait un psychanalyste, parce que c'est vrai que dans ce genre de service, quand c'est bourré de difficultés... il faut évacuer quoi. Et parce que si le personnel va mal les patients vont forcément aller mal. » CHFG-A

Mais d'autres possibilités existent comme le travail clinique avec un superviseur individuel, les groupes de parole pour soignants et les échanges avec des soignants d'autres lieux de soin.

D. Discours isolés

Certains discours singuliers ne peuvent entrer dans une construction théorique générale et sont parfois en opposition avec elle. Ils doivent toutefois être présentés pour mettre en discussion la théorie générale.

D.1. La fuite-quête des addicts

Au cours des entretiens individuels, les discours autour de l'histoire de Lord Jim donnent lieu majoritairement à une représentation de la fuite de l'addicté comme une chute progressive. Toutefois plusieurs discours de patients mais aussi des professionnels du CAARUD détonnent. La trajectoire de Jim y est perçue comme une quête d'un monde meilleur ou d'un niveau plus élevé d'intégration au monde. Cela constitue dans nos résultats la référence la plus explicite aux idéaux romantiques relatifs aux consommations de stupéfiants.

D.2. Le produit qui diminue le risque de violence

Cette idée émerge dans le *focus group* du CAARUD et vient d'un soignant isolé. Dans la totalité des discours, tous lieux confondus, le produit d'addiction apparaît comme dangereux notamment parce qu'il rend les gens dangereux. Or ici, le soignant affirme que le produit réduit la dangerosité des personnes. L'accent est alors mis sur la responsabilité des usagers dans leurs conduites violentes ce qui leur fait, dans ce discours, quasiment perdre leur statut humain. Ce discours n'est pas soutenu par le groupe mais pas non plus désavoué. Il ne remet pas en cause la théorie sur le produit dans l'analyse mais enrichit les discours sur les représentations qu'ont les soignants des patients.

D.3. Les élèves fragiles

Cette thématique n'émerge qu'au CHU en *focus group*. Les discours se montrent préoccupés de l'exposition des élèves durant leurs stages en addictologie. C'est leur propre rapport aux addictions et leur « collage » aux représentations sociales qui sont soulignés. Cela montre la perception d'une nature du soin plus difficile pour le soignant dans le champ de l'addictologie et questionne la mutation subjective particulière qui doit s'opérer pour acquérir une position soignante. On peut aussi penser, au regard des leurs autres discours, qu'ils désignent les élèves comme des personnes vulnérables pour ne pas évoquer leur propre vulnérabilité.

D.4. Les liens forts dans la violence

Alors que le climat de défiance entre addicts et souvent mentionné par les professionnels, ce que les quelques discours de patients que nous avons recueillis semblent corroborer, un soignant du CAARUD fait part de son observation de liens d'amitié « super solides » dans « cette violence-là ». C'est le contraste qui frappe ici et qui semble indiquer que ces liens sont plus une exception confirmant la règle d'une insécurité majeure entre addicts.

D.5. Le mensonge protecteur

Cette idée d'un mensonge pour atténuer l'inquiétude de la famille émerge au CSAPA. Elle est isolée mais ne se trouve pas en contradiction avec les multiples

discours « compréhensifs » sur les fonctions du mensonge et leur légitimité au moins partielle.

D.6. La force de volonté de l'addicté

Un soignant du CAARUD refuse totalement l'idée d'une faiblesse de la volonté. Selon lui, les personnes addictées font preuve d'une volonté très forte qui leur permet de tenir face aux agressions de la vie et du monde et au pouvoir destructeur du produit. Cette affirmation argumentée est en opposition avec l'ensemble des autres discours tout en partageant avec eux un refus de la stigmatisation des usagers.

D.7. La défiance éducative

De manière isolée, un soignant du CAARUD parle en groupe du fait qu'il ne fait jamais confiance aux usagers et que cette défiance possède une valeur bénéfique pour celui qu'il rencontre. Il considère que c'est une position professionnelle qui doit permettre au patient de prendre conscience des limites des soignants. Cette posture est en contraste important avec les autres discours qui, soit dénie la défiance, soit en présentent les aspects dégradants pour le soin.

D.8. La gravité de la promesse non tenue

Alors que tous les professionnels minimisent les conséquences de paroles non tenues, ce soignant du CSAPA affirme que les promesses rompues dans le soin sont problématiques et douloureuses. Il les envisage dans le cadre de relations thérapeutiques au long cours et les analyse comme des accidents majeurs de la relation qui doivent être repris et dépassés.

D.9. L'autosuffisance des soignants

Deux professionnels distincts, l'un au CAARUD, l'autre au CHU, énonce clairement leur défiance vis-à-vis de l'extérieur. Alors que l'ensemble des soignants, malgré l'inquiétude que suscite le regard extérieur sur le soin, finit par reconnaître la nécessité d'une ouverture à l'extérieur, notamment au travers de la supervision, ces deux professionnels la rejettent totalement. Ils n'attendent rien de

bon de l'extérieur, leur expérience et leur éthique personnelles leur paraissant suffisantes.

D.10. Les demandes de contrôle des patients

Nous l'avons vu, les tests urinaires de recherche de toxiques et les éthylotests posent de difficultés importantes aux soignants. Cependant au CAARUD et au CHU émergent de brefs discours sur le fait que les patients demandent parfois eux-mêmes à passer ces tests. Sans modifier leur sentiment général d'embarras, cette idée amène les soignants à s'interroger sur la valeur que les patients donnent à leur propre parole et à leurs perceptions mais aussi sur la confiance dont ceux-ci peuvent se sentir investis par les professionnels.

D.11. Un défi à la loi

Dans l'ensemble des discours, il est fait relativement peu référence à la loi, sauf pour la juger rigide, archaïque et inadaptée. Elle apparaît toutefois dans les discours autour du contrat dont une certaine forme est réglementairement obligatoire pour les structures médico-sociales que sont le CAARUD et le CSAPA. De manière générale, il y a une certaine résistance à se soumettre à cette injonction, mais nous avons vu que la très grande majorité des soignants y trouvent des vertus et inventent de compromis qui leur permettent de s'inscrire dans la légalité. Un soignant du CAARUD toutefois demeure dans une opposition ferme et dans une attitude de défi et de résistance vis-à-vis des autorités de tutelle.

D.12. « Vol au-dessus d'un nid de coucou »

À la question posée sur l'émergence de fictions dans la pensée des professionnels que cours de l'entretien, un soignant du CAARUD cite ce film. Il ne fait toutefois pas référence aux relations avec les patients mais à celles avec les chercheurs. Connaissant l'appartenance des chercheurs au domaine psychiatrique, il semble avoir vécu l'entretien et plus particulièrement le dispositif pratique (groupe, mobilier en cercle, questionnaire, enregistreur) comme une torture.

E. Des récits

Notre procédure de recherche contenait un outil narratif dont nous avons détaillé la nature et la fonction. Nous souhaitions proposer aux participants un support de récit permettant de dire, au travers d'histoires réelles ou fictives, certaines réalités du soin peu accessible dans le discours. Les aventures imaginées autour de Jim ont été analysées avec l'ensemble des résultats déjà présentés. Mais d'autres récits ont émergé durant les entretiens, en dehors des échanges autour de l'extrait du roman de Conrad. Certains sont arrivés spontanément et d'autres ont été provoqués par les derniers items du questionnaire « Inquiétude ».

E.1. Quelques histoires

La plupart des professionnels s'est remémoré de nombreuses histoires durant les entretiens de recherche.

« Oui, plein d'histoires. » CAFG-D

« Oui, à plusieurs. » CAIPro2

« Ah bah oui, ça n'a pas arrêté de fuser ! » CHFG-F

« Oui. » CSFG-B

« Mohamed Ali »

CAFG-B évoque ce patient qui la fascine et la rend perplexe par la conviction avec laquelle il énonce un mensonge. Cela lui fait hésiter sur la confiance qui existe entre elle et le patient et sur les progrès possibles.

« Mohammed Ali, un jeune homme qui vient ici très, très alcoolisé. Son comportement m'intrigue beaucoup, donc parfois j'essaye de savoir ce qu'il, ce qu'il consomme et à chaque fois il me dit : 'Je te jure rien, rien du tout !' [imite la voix de l'usager, rire] et je lui dit : 'Mais comment tu fais ?! Dans cet état et tu me le jures encore ?! 'Je te jure !' et je pense pas, enfin, il y a pas un problème de confiance... peut être que si, puisque c'est pas possible qu'il me dise un truc pareil sans mentir mais c'est pas grave [rire], tant pis, on avance quand même, j'espère... » CAFG-B

« Le frère »

Ce patient a été évoqué durant l'entretien au sujet de la mythomanie et de la fascination qu'elle peut exercer sur les soignants. Le groupe crée un lien de fraternité entre le patient et F, probablement pour des raisons d'origine culturelle et de lien relationnel.

CAFG-D : On a une histoire toute récente tous les deux [en regardant F], et C aussi. J'ai beaucoup pensé à notre histoire d'hier.

CAFG-A : Avoue F, tu es son frère !

[Rires]

CAFG-D : C'est toi son frère, c'est toi qui a compris qu'il va partir au Sénégal avec la femme qu'il aime et sa fille !

[Rires]

CAFG-F : Oui mais en fait, il nous a nourrit de ses contradictions.

CAFG-D : Ouais !

CAFG-F : Il s'est inventé une histoire... mais je ne pense pas qu'il parte au Sénégal.

CAFG-A : La seule chose dont on soit sûr, c'est que c'est vraiment un injecteur !

CAFG-D : Oui.

CAFG-A : Là, il a fait part qu'il s'injectait, c'est la seule chose.

CAFG-D : C'est pour ça que j'ai beaucoup pensé à lui, parce que...

CAFG-A : Pour le reste... En plus il est en échappement thérapeutique.

CAFG-F : Il est sous tutelle, il doit prendre son traitement, apparemment qu'il prend jamais et il se balade de ville en ville parce que son dossier de tutelle, hier on a dû appeler dans les quatre coins de la France pour tomber sur son nouveau tuteur, qui est en Meurthe-et-Moselle et...

CAFG-D : Et à qui il disait qu'il était là-bas !

[Rires]

CAFG-F : Il disait qu'il était là-bas, et quand il a voulu insister pour envoyer un fax, le tuteur lui dit : 'Mais, vous êtes pas à Nancy ?!', 'Ah non, je suis à Paris, magie !' [imite la voix de l'utilisateur]

[Rires]

CAFG-D : Non mais c'est extraordinaire, extraordinaire !

CAFG-F : En plus, il invente des histoires, et à la seconde après il se contredit !

CAFG-D : Il a tellement de vies.

CAFG-F : Voilà.

CAFG-D : Il a tellement, il a plein de vies.

CAFG-F : Voilà, il a plein de vies voilà !

CAFG-D : C'est passionnant toutes les vies qu'il vit. Et il y croit pendant qu'il nous raconte, il croit dur comme fer.

« Le Penjâbi »

Ce patient déjà évoqué par CAIPro2 est l'illustration d'un parcours de migration très douloureux et ayant, selon le soignant, provoqué une désintégration de son identité. Il en évoque l'histoire pour montrer l'efficacité du travail de l'équipe mais aussi l'effet cathartique que peut avoir une crise identitaire majeure et l'importance de la confiance dans le processus de changement.

« Tout à l'heure, je vous parlais de cette notion de perte identitaire après un long parcours de migration pour un Penjâbi qui donc a mis je sais plus combien de temps, deux ans, à rejoindre la France à pied, en stop, en bus etc., etc., et qui est arrivé en France et qui n'a rien fait d'autre que s'alcooliser et prendre des dérivés opiacés, et dormir dans la rue, vendre des marrons chauds. Voilà, en gros, sa vie, c'était ça. À partir de là, la prise en charge qui a été faite ici, c'est un travail d'équipe... c'est la fameuse personne qui me disait : 'Moi, de toute façon, ma vie elle est finie mais peu importe, ça s'arrêtera pas à ma mort, derrière, j'ai d'autres vies qui m'attendent'. Grâce à un travail mutuel et une confiance assez solide qui s'est tissée avec cet usager, cette personne, ce patient, le mot est toujours dur à trouver, on a réussi à lui recréer, à mon sens, une identité de Indien du Pendjab qui a migré en France et qui maintenant a une identité de travailleur immigré, qui s'est reconstruit une situation et une identité, qui est sorti de son addiction aussi et qui donc maintenant s'apparente à tout travailleur immigré qu'on peut rencontrer en France et qui n'a plus cette spécificité de la culture clandestine des migrants venant du Pendjab qui sont très communautaires, très clandestins même au sein des sans-papiers, c'est les plus grands clandestins que je connaisse. Voilà donc, quelqu'un qui vraiment a passé un cap énorme, et s'est recréé une identité en France. (...) La prise de conscience a eu lieu après une crise paroxystique. Nous on appellerait ça en France une bouffée délirante aiguë, lui interprétait ça comme des Gourous qui l'avaient quitté. En tout cas, après ce passage psychotique de une semaine, dix jours, pas plus, il est redescendu et ça a provoqué une prise de conscience chez lui et... à partir de là on a fait un vrai travail de reconstruction d'identité et de remettre un petit peu des repères. (...) Son addiction, on l'a traitée comme l'addiction de n'importe-qui d'autre. Voilà, c'est un cas que j'avais clairement en tête quand on parlait de problème identitaire et de voyage, de migration... et puis aussi en terme de confiance parce qu'il a fallu qu'il ait vraiment sacrément confiance en nous à certaines étapes de son parcours, de sa prise en charge. Il a fallu qu'il se fasse violence par exemple pour consulter en psychiatrie alors que pour lui c'était pas du tout de l'ordre de la psychiatrie. C'est le genre de choses qui n'aurait pas été possible sans un lien de confiance assez fort. Donc la situation de cette personne revêtait quand même pas mal de caractères, de caractéristiques qu'on a évoqués. » CAIPro2

« Le peintre »

Cette histoire racontée par le groupe du service hospitalier parle du désir des soignants qui prend parfois le dessus sur l'intérêt du patient. Elle illustre la panique qui peut s'emparer du patient addicté à l'arrêt de son comportement et interroge les soignants sur la pertinence de l'objectif d'abstinence.

CHFG-A : Moi je pense à un monsieur qui m'avais... parce que bon voilà, c'est toujours effectivement notre envie à nous de sortir les gens de la galère des produits, etc. et puis quand, par miracle, il y en a qui s'en sort, c'est le bonheur... et puis non, c'est pas toujours le bonheur. Notamment je pense à un monsieur qui était peintre, qui avait été avec Dali, et donc il avait décroché. Voilà et puis, et ben ce monsieur, sa seule passion, parce que avec sa femme c'était compliqué enfin tout ça, sa seule passion, c'était ben évidemment, la peinture. Il en vivait, et, et le jour où il a arrêté les produits, il avait plus d'inspiration, enfin, voilà... Et il s'est suicidé.

CHFG-D : Ouais, je me souviens.

CHFG-A : Et ça, c'est vrai que [bruit de gorge étranglée] j'ai jamais digéré ce truc-là.

CHFG-G : L'abstinence malheureuse...

CHFG-A : Ouais, j'ai jamais digéré ce truc-là, en me disant : 'Ah la vache, OK on a fait du bon boulot mais...' C'est vrai que c'était, on l'avait mal vécu à l'époque hein...

(...)

CHFG-D : Qu'est-ce que vous aviez mal vécu ? Le fait de ne pas avoir vu qu'il était euh... ?

CHFG-G : En détresse.

CHFG-D : Qu'il était en détresse...

CHFG-G : Il avait une dépression souriante, tout allait bien...

CHFG-A : Oui en plus... ouais, ben oui. Et puis voilà, c'est peut-être aussi le fait de ne pas avoir su voir que c'était...

CHFG-D : C'est pas euh, en fait c'est en amont, c'est pas le décès, l'annonce du décès en lui-même, c'est...

CHFG-A : Voilà, c'est que, oui, en fin de compte, il était pas heureux dans cette vie-là quoi... Et que, on l'a pas senti, on l'a pas aidé, on l'a pas...

CHFG-C : C'est pour ça que moi, par le biais de ce genre de situations-là, on en a beaucoup qui ont des abstinences malheureuses... bon ben heureusement, qui n'arrive pas jusqu'à un passage à l'acte, mais où je me dis mon objectif c'est pas tant l'abstinence, c'est la qualité de vie.

CHFG-A : Tout à fait.

CHFG-C : Avec ou sans produits euh... Bon s'ils viennent nous voir, c'est que le produit altère la qualité de vie à ce moment-là mais...

CHFG-A : Ouais, c'est ça moi aussi, c'est comme ça... La qualité de vie.

CHFG-C : C'est mon objectif en fait, beaucoup plus large du coup. Si ton objectif est large euh, tu as justement un champ de solutions possibles.

« La petite mémère »

Le soignant CHFG-A appuie cet objectif du soin qu'est la qualité de vie par une autre histoire.

CHFG-A : Parce que c'est vrai qu'être abstinent et malheureux... Bon, ben après... Chacun voit midi à sa porte... On avait aussi une dame assez âgée, bon euh... je pense que là elle reconsomme. Je l'avais vu une fois au marché, en ville, et bon ben voilà je me suis dit, après tout, c'est petite mémère, elle a pas loin de 80 ans, et je me suis dit : 'Bon ben si elle arrive à vivre comme ça, qu'elle est bien...' Elle m'a dit qu'elle allait bien, qu'elle était bien, bon bah voilà après tout voilà, si elle est bien, c'est bien quoi.

CHFG-C : Ouais

CHFG-A : Sa vie à l'air de lui convenir, bon !

« Le musicien »

C'est une professionnelle du CSAPA qui en parle avec beaucoup de chaleur. Elle évoque le lien qui existe entre elle et son patient, son identification à lui et la valorisation qu'elle retire de ce travail.

« J'pensais à ce patient qui a été abusé et qui est euh... qui a une addiction au sexe. Et euh... j'aime... j'aime beaucoup ce patient. Je... j'aime bien euh... j'aime bien euh... penser à lui, évoquer le travail qu'on fait. Et puis voilà, c'est un type que... que je trouve génial, que je trouve... super quoi. J'trouve que ce mec-là est super et puis euh... j'trouve qu'on travaille bien ensemble et euh... et puis en plus, en plus c'est gratifiant parce que quand même il va mieux [rire]. (...) Et euh... et il est musicien, c'est un mec gén... une musique que j'adore... et voilà. Il fait du jazz, c'est un truc euh... c'est vraiment super. Et il s'est remis euh... il s'est remis euh... enfin il joue, il a toujours beaucoup beaucoup joué et tout ça mais... il joue différemment, avec plus de créativité... il est moins... dans la technique, d'après c'qu'il me dit. Et j'trouve ça génial quoi. Donc euh... et puis j'sais pas, on a plein de... plein points communs aussi euh... euh... notamment professionnels. Enfin c'est un travailleur social... Donc voilà... j'aime bien le voir. »

E.2. Quelques fictions

La plupart de professionnels a pensé à des œuvres littéraires ou cinématographiques durant ou à l'issue de l'entretien.

« Bien sûr. De toute façon il y a plein de... d'histoires qui sont, qui se basent sur la séparation, ne serait-ce que la séparation. Tous nos patients ont vécu des séparations difficiles, et comme c'est le LE sujet de toutes les histoires, et les romans, évidemment parfois... on y pense. » CHFG-C

E.2.1. Les œuvres littéraires

« Sur la route » de Jack Kerouac

C'est l'histoire de Lord Jim et le voyage et l'errance du personnage qui évoque cette œuvre.

« J'ai pensé à 'Sur la route' de Kerouac, mais c'était tout simplement pour illustrer l'hist, l'idée de, de, du déplacement, du voyage. » CAIPro1

Les bouquins d'aventure

C'est également Lord Jim qui suscite cette idée, sans référence particulière.

« Ça m'a fait penser par le côté maritime, le côté marin, fuite en avant, aller de port en port, aller jusqu'en Malaisie... forcément ça m'évoque des, des, des bouquins d'aventure. » CAIPro2

Rudyard Kipling

Dans le même mouvement, Kipling est évoqué.

« Au début j'ai pensé un peu à Rudyard Kipling. » CHIPro1

« L'Assommoir », « Au bonheur des dames », « l'Argent », « la Terre » d'Émile Zola

Zola est évoqué notamment pour ses descriptions des ravages de l'alcool dans 'L'assommoir' mais aussi des trajectoires familiales. Celles de patients se confondent ici avec celles de soignants.

CHFG-F : Souvent c'est Zola !

CHFG-C : Ben oui c'est ça.

[Rires]

CHFG-A : Oui c'est vraiment pas de chance, le sort s'acharne...

CHFG-C : Non et puis on se rend compte que ça fait partie des mœurs aussi, euh enfin pour l'alcool notamment... C'est ancré, ça a toujours été là, ça sera toujours là. Parce que quand je demande aux patients à quel âge ils avaient

commencé, le premier contact avec l'alcool, ben ils savent pas parce qu'il n'y avait pas d'eau sur la table déjà quand il était petit et...

CHFG-A : Même le canard qu'on donnait aux petits-enfants. Tu sais des fois t'entends ça, des mômes de deux ou trois ans avec, tu vois...

« J'aime beaucoup Zola... des histoires super gaies ! Et j'pensais à 'l'Assommoir'... 'l'Assommoir' c'est euh..., c'est..., c'est une autre population avec laquelle je bosse beaucoup ici. Et puis euh..., y'a un truc un peu politique aussi là-dedans quoi. Ouais, ma famille euh..., y'a un engagement un peu euh... social, politique euh... à travers des trucs euh... mutualistes, machin... Du coup, de travailler avec des populations comme ça, ça me... ça m'inscrit aussi dans une filiation, sur un plan personnel quoi. De poursuivre un peu aussi un sillon, comme ça, creusé depuis euh... depuis longtemps dans ma famille. (...) C'est Zola quoi ! Vraiment il développe tout le truc... abominable, la tragédie etc... Mais c'est tellement bien écrit et tellement... Ce mec-là, il était quand même génial, quoi. De pouvoir écrire 'l'Assommoir' avec tellement de justesse et puis à côté de ça 'Au Bonheur des Dames'. J'crois que c'est ça son bouquin sur les grands magasins... cet autre monde là..., avec autant de finesse et de... Ce mec là il naviguait entre tous ces milieux comme ça. J'trouve ça assez..., enfin oui, ça me fascine quoi. Voilà, mais en fait j'aime bien bosser ici pour ça aussi quoi. Ça a été vraiment un moment de l'institution j'trouve vachement intéressant quand on a commencé, quand je suis arrivée il y a cinq ans, avec une collègue, on a mis en place les visites médiatisées. Et donc on a commencé ici à recevoir des patients qui étaient pas euh... les patients bien propres sur eux, bien habillés... Parce que ici, même si y'a des toxico, ils sont quand même, un peu clean quand même ! Voilà quoi, ils nous ressemblent un peu quand même, hein ! Alors quand on a commencé à recevoir les familles des visites médiatisées qui vociféraient dans la salle d'attente, qui juraient comme des charretiers euh..., qui avaient pas du tout les codes et tout ça, ça a été un grand moment institutionnel. (...) C'était 'l'Argent' aussi. Il y a un bouquin de Zola qui s'appelle 'l'Argent'. Y'a 'la Terre', enfin c'est hallucinant ce mec quand même. 'La Terre', c'est génial aussi. Ma famille, c'est des paysans. Quand j'ai lu 'la Terre', c'est fou quoi, j'avais l'impression de voir mes arrière grands-parents. Et 'l'Argent'... ce monde de la finance et tout. Et bien voilà, et bien, la salle d'attente... [geste qui évoque les différents sièges et les différents univers de Zola] » CSIPro2

« Le Joueur » de Fiodor Dostoïevski

Ce roman est cité sans développement.

« 'Le Joueur' de Dostoïevski. » CSFG-C

E.2.2. Les œuvres cinématographiques

« Human Traffic » (Justin Kerrigan, 1999)

Selon le professionnel, ce film aborde la question des addictions de manière intelligente et dédramatisée. C'est une comédie subtile et profonde.

« J'ai revu un DVD. Un film que je trouve très bien sur les problèmes d'addiction. Ça s'appelle 'Human Traffic', qui est très drôle en plus et qui parle des consommations et des drogues de façon très intelligente je trouve... sans tabous, sans moralisme... d'une façon assez intelligente je trouve par les gens qui consomment le vendredi soir et qui expliquent ce qui se passe. » CAIProl

« Trainspotting » (Danny Boyle, 1996)

Le film est cité pour la noirceur qu'il contient et que les professionnels retrouvent dans les histoires des patients. Il constitue un point de repère pour d'autres films cités.

« C'est pas 'Trainspotting', c'est autre chose. [parle de 'Human Traffic'] » CAIProl

« C'est comme 'Trainspotting' ou des trucs... [parle de 'Requiem for a Dream'] » CHFG-C

« Les Tontons Flingueurs » (Georges Lautner, 1963)

C'est la vie aventureuse de certains patients qui évoque ce film.

« J'ai un petit patient, c'était un Tonton Flingueur. Il se faisait passer pour (un gars) des Tontons Flingueurs... Quand je lui ai posé la question : 'Quel est votre métier, quel est votre qualification ?' Il me dit : 'L'officielle ou l'officieuse ?', 'Bon ben commencer par celle que vous voulez'... il était braqueur et puis... » CHFG-G

« Requiem for a Dream » (Darren Aronofsky, 2000)

Il s'agit là aussi des histoires de certains patients qui font surgir cette référence. Les professionnels évoquent notamment le rythme du film, le caractère transgénérationnel de l'addiction et la fin catastrophique.

CHFG-F : Et le film... comment ça s'appelle ?... où il y a la mère qui prend des amphets et le fils qui se shoote, vous voyez pas ?, la copine du fils qui se prostitue, comment ça s'appelle ?

PASSATEUR : 'Requiem for a Dream'?

CHFG-C : Voilà.

CHFG-C : 'Req...' ouais mais là c'est... c'est comme 'Transpotting' ou des trucs...

CHFG-A : Ouais, mais c'est pas...

CHFG-C : Oui, c'est vrai qu'il y a des fois, t'as des trucs...

CHFG-F : Parce que tu as quand même plusieurs profils et euh...

CHFG-C : 'Requiem for a Dream', c'est surtout cette espèce de de rythme qui est, voilà comme ça, infernal. Tu le ressens parfois comme ça chez les patients, ça fait... [longue inspiration] ça donne la nausée quoi.

CHFG-F : Ouais, ça s'arrête plus quoi. Enfin, c'est ce qu'ils ressentent aussi, c'est que ça s'arrête plus, qu'ils ne peuvent plus contrôler. Je trouve que tu vois bien là-dedans et puis sous différents modes enfin, tu vois le profil de la mère et du fils, ça n'a rien à voir et pourtant...

CHFG-C : Oui

CHFG-F : ... Globalement la fin... [silence et expressions qui évoquent la catastrophe de la fin].

« Un dernier verre pour la route » (Philippe Godeau, 2009)

Ce film, en lien avec les addictions, a été vu par deux membre de l'équipe ensemble.

« On l'a fait une fois, tu te rappelles ? [aller au cinéma hors du cadre professionnel pour voir un film qui rappelle le cadre professionnel] Le film... 'Un dernier verre pour la route'. » CHFG-A

« Le jour du vin et des roses » (Blake Edwards, 1962)

Une référence non développée. Il y est question de rechute alcoolique et d'espoir déçu.

« Il y avait aussi 'du vin et des roses', un vieux film américain des années... » CHFG-G

E.3.Synthèse

Les histoires cliniques et les fictions apparaissent comme des moyens d'évoquer, d'exposer et d'illustrer des expériences émotionnelles vécues par les professionnels dans le cadre du soin. Mais elles semblent avoir des fonctions différentes. Les récits cliniques provoquent un resserrement de la pensée sur un point particulier des

relations avec les patients, comme le mensonge, la migration douloureuse ou l'abstinence catastrophique. Mais ces éclats d'histoires apparaissent comme des « flashes » au cours des discours. Seul le récit du « musicien » apparaît plus continu durant l'entretien avec son soignant. Cela vient probablement du fait que ce dernier exerce en CSAPA et suit le patient depuis plusieurs années. Ce fractionnement narratif des histoires cliniques vient donc souligner la présence discontinue des patients dans le lien avec les professionnels. En revanche, les fictions apparaissent comme des moyens de « lire » l'expérience des addicts sur un mode narratif. Elles servent de support aux représentations des soignants et les aident à « comprendre » les patients. Dans cette perspective, il est intéressant de noter que les thèmes des fictions mentionnées s'organisent souvent autour de deux « genres » : l'aventure romantique et le réalisme social.

4.3. Analyse comparative

Nous avons souligné la transversalité des thématiques émergentes dans les discours des différents lieux. Elle nous a permis de présenter les résultats de manière homogène. Toutefois il existe bien évidemment des différences sensibles selon l'endroit où les discours ont été recueillis, et le dispositif proposé.

Selon le dispositif d'entretien

Concernant les dispositifs d'entretien, il est à noter que les entretiens individuels ont donné lieu à des échanges particulièrement riches, les participants parlant plutôt facilement de leurs expériences et de leurs émotions. Ils se sont peu défendus et n'ont pas cherché à éviter de répondre à des questions parfois exposantes pour eux. Ils n'ont pas non plus opéré de projections agressives sur les chercheurs et la grande majorité de ces entretiens avec les professionnels s'est déroulé dans un climat de confiance et de cordialité. On peut noter cependant qu'au CHU, le choix des professionnels vus dans ce cadre a quelque peu verrouillé le discours. Les entretiens avec les patients ont été plus délicats et nous avons déjà parlé des particularités de leur mode de recrutement par les équipes. Les entretiens de groupe, nous l'avons vu en détail, ont donné lieu à des mouvements groupaux singuliers de projection

haineuse massive ou d'illusion groupale. Ces mouvements ont pour fonction de protéger le groupe face à une menace de dislocation ou d'effondrement que notre dispositif de recherche a pu représenter pour les participants. À l'inverse des discours individuels, les discours en *focus group* ont été plus contrôlés par les individus et par le groupe. Au plan « phénoménologique », celui de l'analyse du discours patent, cela pose bien entendu des problèmes de validité des résultats. Mais ils sont compensés par les discours recueillis en individuel. En revanche, au niveau « interprétatif » que nous étayons par l'analyse psychodynamique du fonctionnement groupal, ces entretiens apportent des éléments essentiels à la compréhension des positionnements collectifs et institutionnels face aux difficultés vécues dans le cadre de la relation de soin.

Selon le lieu de soin

Nous avons relaté nos « aventures » avec les participants à l'étude rencontrés dans les différents lieux de soin. Chacune est singulière et très liée à l'identité des équipes. Nous nous sommes sentis très exposés au CAARUD mais aussi objet d'un intérêt et dépositaire d'une confiance ; chaleureusement accueillis au CHU mais très « encadrés » et parfois un peu lâchés ; douloureusement attaqués au CSAPA mais également très identifiés à des soignants bienveillants pour leurs patients. Ces mouvements de contre-attitude donnent une idée de ce que nous avons représenté pour les participants au cours de la recherche comme nous l'avons déjà souligné, mais renseignent également sur un « climat relationnel » propre à chacun de ces lieux – climat relationnel qui est à mettre en lien avec leurs tâches primaires. En effet la « porosité » présentée par le CAARUD laisse les soignants très exposés aux conduites transgressives des patients et aux affects douloureux qui en découlent, mais elle a également une fonction opératoire qui permet aux usagers les plus fragiles psychologiquement et les plus désocialisés d'y pénétrer et d'y tisser éventuellement un début de lien. Le climat de « maîtrise » du CHU se révèle bien adapté à l'accueil de patients pour une durée relativement courte durant laquelle ils doivent rencontrer un discours scientifique sur leur dépendance et s'équiper en expériences, idées et techniques cadrantes sur lesquelles s'appuyer plus tard pour maintenir un certain écart à leur addiction. Enfin le climat d'« impénétrabilité » du

CSAPA correspond à une pratique d'accompagnement des patients au long cours et en lien avec leur entourage. Il donne l'image d'un sanctuaire où les patients peuvent être protégés des effractions et persécutions des éléments extérieurs, se poser et parler avec les soignants.

De ces positions il est donc logique que certains discours divergent. Comme dans les discours des responsables, les professionnels attaquent parfois les autres structures, considérant leurs modèles de fonctionnement archaïques, inadaptés ou encore totalitaires. Il n'apparaît pas de sentiment d'unité ou de solidarité entre structures, mais cela semble portant être un horizon désirable. Le mouvement addictologique est interrogé dans sa capacité à modifier le rapport de la société aux personnes addictées et au soin, ainsi que le climat de la relation avec les patients. Par ailleurs, certaines thématiques du questionnaire ont amené des discours plus riches et plus longs qui ont ensuite pris une place plus importante dans l'analyse des résultats. Ainsi, les discours sur les représentations morales, la violence et le mensonge en particulier ainsi que sur la défiance sont particulièrement riches au CAARUD. À l'inverse, l'investissement de la confiance et les réflexions sur les modalités de dégagement des difficultés relationnelles sont des thèmes très soutenus par les discours des professionnels du CHU. Quant au CSAPA, ce sont les discours sur l'extérieur, sur le sens du soin et sur les effets des difficultés dans le cadre de relations au long cours avec les patients qui sont les plus représentés dans l'analyse. Toutefois, et nous rappelons que cela constitue un résultat important de notre étude, malgré ces spécificités certaines, des références théoriques diverses et des publics de patients différents, les discours conservent une forte homogénéité dans les trois centres.

4.4. Validité des résultats

Description du procédé de recherche

Nous nous sommes attaché à décrire méticuleusement l'ensemble du procédé de recherche depuis les premières élaborations théoriques et la mise en place du groupe de recherche jusqu'à l'analyse et la rédaction finale des résultats. Nous y avons signalé certains points forts ainsi que des difficultés et en avons tenu compte

dans l'analyse des données. Cette description accompagnera les futures publications du groupe de recherche. Elle a déjà été rendue publique dans une note de recherche³³⁰ parue en 2011.

Travail de réflexivité des chercheurs

Dans cette étude, le travail réflexif des investigateurs a débuté avec le groupe de recherche. Ceux-ci avaient été en effet formés à l'appréhension de la subjectivité de l'observateur, notamment au travers de l'analyse du contre-transfert du chercheur³³¹. Chaque chercheur tenait, depuis le début, un cahier de terrain contenant ses notes personnelles sur la mise en place du processus, ces réflexions et observations concernant celui-ci et la question de recherche. Par ailleurs, il leur avait été demandé, avant le début du recueil des données de terrain, de rédiger un document personnel contenant ce qu'ils pouvaient dire de leurs « préconceptions » sur la question de recherche, l'approche méthodologique et les résultats attendus. Avant le début des entretiens, une réunion des investigateurs a eu lieu et a permis de partager certaines idées communes au groupe et a abouti à la rédaction d'un document résumant les préconceptions du groupe. Ces documents ont servi de mémoire et ont été utilisés, avec les résultats des questionnaires « passateurs » au moment de l'analyse finale des données. Ils ont permis un travail de réflexivité à l'échelle groupale et individuelle.

La triangulation

La triangulation consiste en une multiplication des sources et méthodes d'observation et d'analyse. Son objet est d'observer les éventuels écarts et de les analyser sans chercher à les réduire. Dans cette étude, la triangulation a été assurée, d'une part, par le choix d'un recueil combiné en entretiens individuels et de groupe, de soignants et d'usagers, avec différents instruments, dans différents lieux et, d'autre part, par une analyse du matériel transcrit par trois chercheurs différents. De

³³⁰ Myriam Larguèche, Raphaël Jeannin, et Aymeric Reyre, « Éthique et narrativité dans les Addictions (EthNaA) », *L'Autre* 12, n° 3 (2011): 341-45, doi:10.3917/lautr.036.0341.

³³¹ Devereux, *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*. op.cit.

plus, le groupe de recherche a bénéficié de la supervision d'une part de chercheurs experts en méthodes qualitatives et d'autre part d'un psychanalyste spécialiste des dynamiques groupales et institutionnelles.

L'objectivité

Dans le domaine de la recherche qualitative, l'objectivité est conçue comme un certain degré d'indépendance des chercheurs vis-à-vis de leurs préjugés, idéologies et cadres théoriques sur la durée du processus de recherche, depuis la conception de la question jusqu'au compte-rendu des résultats. Celle-ci ne peut être clamée par le chercheur. Il ne peut que tenter d'en rendre compte au mieux et c'est le regard extérieur compétent, celui des autres chercheurs qui pourra l'attester. C'est donc ici à la fois dans l'exposé des efforts réflexif des chercheurs de l'étude EthNaA et dans le compte-rendu détaillé de notre dispositif de recherche que nous espérons montrer un degré élevé d'objectivité. Celle-ci pourra se mesurer au moment des soumissions pour publication des articles³³² sur les résultats de l'étude.

La validité

Le critère de validité utilisé en recherche qualitative est proche de son équivalent quantitatif. Elle est souvent divisée en validité « instrumentale » et en validité « théorique » et chacune d'elle se réfère à la logique propre à l'entreprise de recherche et à ses productions (validité interne) d'un part, et à sa confrontation au corpus théorique et méthodologique ainsi qu'aux résultats de recherches déjà connus (validité externe) d'autre part.

La validité instrumentale évalue la capacité des données recueillies à représenter le phénomène. Au niveau interne, elle nécessite une « saturation » des données, c'est-à-dire que l'analyse cumulée des discours produit un ensemble cohérent et d'apparence complète et que les derniers entretiens n'apportent pas de nouveaux thèmes d'analyse importants. Dans le cadre d'EthNaA, nous avons présenté différents niveaux d'analyse qui montrent une forte cohérence des résultats et la

³³² Jeannin et al., « “We addicts all have something of Jim in us”: A caregiver-patient narrative study on the representations of addicted individuals using a fragment from “Lord Jim” ».

formation d'une théorie « complète » des difficultés qui pèsent sur la relation de soin en addictologie. En ce qui concerne les soignants, les thèmes émergents sont largement transversaux ce qui permet une saturation des résultats. Les dernières analyses n'ont en effet pas apporté de modification à l'édification théorique. Elles n'ont servi qu'à enrichir les résultats. En revanche, si l'on souhaite analyser plus en profondeur les différences entre types de centre et affiliation théorique historique, d'autres entretiens de type *focus group* dans des structures de même type seraient nécessaires pour obtenir une saturation. De même, comme nous nous y attendions, les entretiens avec des patients, qui sont moins nombreux dans l'étude et dont certains n'ont pu être menés à leur terme, ne permettent pas d'atteindre une saturation. Leur discours est donc ici présenté en contre-point de celui des soignants, mais ne peut pas être analysé de manière autonome. Au niveau externe, la validité instrumentale est évaluée par la présentation méticuleuse des procédures méthodologiques et par leur correspondance aux pratiques méthodologiques reconnues. Pour ce qui nous concerne, nous avons exposé clairement notre méthodologie et nous sommes référés à des travaux antérieurs pour le choix de la méthode. Le recours à des *focus group* et à des entretiens individuels en face-à-face, la création d'un questionnaire semi-structuré et l'utilisation de l'IPA pour l'analyse sont des techniques éprouvées de recherche qualitative. Ainsi les études qualitatives publiées récemment dans le corpus de littérature scientifique référencé y ont fréquemment recours. En revanche, l'utilisation d'une médiation littéraire pour les entretiens individuels constitue une innovation. Elle est ancrée à la fois dans les pratiques de médiation narrative par l'écriture ou des outils visuels, et dans les techniques d'investigation de la psychologie développementale (histoires à compléter). Elle a donc une base déjà validée mais nécessite une évaluation propre. Celle-ci devra donc faire l'objet d'une publication.

La validité théorique correspond à la capacité de l'élaboration théorique des chercheurs à rendre compte de ce qui a été observé. Au niveau interne, elle est évaluée par le *feed-back* des participants à l'étude. Le « retour sur le terrain » permet de leur présenter l'ensemble des résultats et de mesurer leur acceptation. Il ne s'agit de recueillir une approbation complète de l'ensemble de l'analyse, mais de voir si son « esprit » est reconnu et se laisse approprier par les participants. Les points de discussion qui émergent inmanquablement peuvent être intégrés par les

chercheurs pour compléter l'analyse. Dans le cas d'EthNaA, les retours sur le terrain n'ont pas encore eu lieu et cela constitue une limite à la validité théorique de notre analyse. Elle est partiellement compensée au niveau externe. Il s'agit en effet de l'« acceptation externe » des résultats et de leur cohérence avec les résultats déjà connus. Cela évalue finalement la « transférabilité » des résultats de l'étude à un contexte plus large, soit une forme de généralisation de l'analyse. Pour ce qui nous concerne, les résultats préliminaires ont fait l'objet de communications scientifiques orales^{333,334,335,336,337,338} et ont pu être discutés avec d'autres scientifiques experts du domaine de l'addictologie et des méthodologies. Ils ont obtenu une bonne acceptation externe. Concernant la littérature préexistante, il n'existe pas d'étude entièrement comparable à EthNaA. Toutefois certaines publications sur des aspects de notre recherche comme les *attitudes* et le *burnout* des soignants que nous avons présentées plus haut montrent que nos résultats présentent une cohérence forte avec ces études antérieures.

La fidélité

Le critère de fidélité est très important dans le domaine de la recherche quantitative. Il est souvent détaillé en fidélité « test-retest » et en fidélité interjuges. La première mesure la stabilité des observations dans le temps : une nouvelle mesure selon les mêmes procédures donne-t-elle les mêmes résultats ? Il s'agit d'une fidélité « diachronique ». La seconde évalue la stabilité des observations

³³³ Aymeric Reyre, « L'inquiétude dans la relation de soin en addictologie : Résultats préliminaires de l'étude EthnNaA » (Communication orale présenté à 6ème Journée de L'Albatros, Paris, 7 juin 2012).

³³⁴ Aymeric Reyre, « Les effets de l'inquiétude sur la relation de soin en addictologie : Résultats préliminaires » (Communication orale présenté à 1st European Congress for Social Psychiatry, Genève, 6 juillet 2012).

³³⁵ Aymeric Reyre, « L'inquiétude dans la relation de soin en addictologie: l'expérience des groupes soignants » (Communication orale présenté à 8ème Journée AP-HP de l'addictologie hospitalière, Paris, 13 octobre 2012).

³³⁶ Aymeric Reyre, « La relation de soin en addictologie à l'épreuve de l'inquiétude : Résultats préliminaires » (Communication orale présenté à Troisième colloque international francophone sur le traitement de la dépendance aux opioïdes, Genève, 19 octobre 2012).

³³⁷ Aymeric Reyre, « Disquiet in care relationship with addicted patients: a qualitative study » (Poster présenté à 21st World Congress for Social Psychiatry, Lisbonne, 28 juin 2013).

³³⁸ Aymeric Reyre, « Ce que l'addictologie change (ou pas) dans les représentations et les pratiques des soignants et dans leur environnement: À partir d'une étude qualitative auprès de trois équipes de recours en région parisienne » (Communication orale présenté à Forum professionnel de la Fédération Française d'Addictologie, Paris, 17 octobre 2013).

faites par différents chercheurs sur une même période de temps. Il s'agit d'une fidélité « synchronique ». En recherche qualitative, la fidélité diachronique ne constitue pas généralement un critère pertinent. En effet, les observations sont faites en contexte (historico-socio-culturel) et celui-ci est par définition mouvant. C'est particulièrement vrai dans le cadre d'EthNaA puisque la théorie et la pratique addictologiques sont en évolution rapide et que les périmètres des structures de soin se déplacent fréquemment. Il est donc attendu qu'un même dispositif reproduit dans quelques années ou dans un autre pays produise des résultats différents. Toutefois, nos résultats montrent des proximités importantes avec ceux de l'étude qualitative de Carrie B. Oser publiée en 2013 et réalisée aux États-Unis auprès d'un public de *counselors*³³⁹. Nous les soulignerons dans la synthèse des résultats.

En revanche, la fidélité synchronique est importante. L'analyse qualitative reposant sur un certain niveau d'interprétation et sur l'implication subjective reconnue des chercheurs, le rapprochement des résultats d'analyse de ces derniers est capital. Il ne s'agit pas ici d'obtenir une concordance stricte des résultats mais d'évaluer leur cohérence d'ensemble, des observations divergentes pouvant être simultanément vraies. Dans le cadre de notre dispositif, trois chercheurs principaux ont analysé les discours et construit des théories autonomes mais en discussion. Cette condition était nécessaire pour obtenir un bon niveau de triangulation. Les différents rapports de recherche ainsi que les prochaines publications pourront montrer une bonne fidélité synchronique.

Synthèse des résultats

À l'issue de ce travail d'analyse et de présentation des discours des professionnels, et de l'élaboration réflexive des chercheurs, nous nous trouvons face à un nombre important de résultats. Nous allons en reprendre ici les principaux et les présenter comme éléments de réponse à la question que nous avons formulée en amont de l'étude. Plusieurs illustrations permettront de représenter de manière synoptique ces résultats.

³³⁹ Voir Tableau III

1. Communauté d'expérience et transition paradigmatique

Les trois lieux de soin où nous avons rencontré des professionnels dans le cadre de l'étude EthNaA sont très différents de par leur culture, leur histoire, leur missions, la composition de leurs équipes et le public qu'ils accueillent. Pourtant, ils sont tous traversés par le sentiment de devoir affronter des difficultés importantes dans leurs rencontres avec les patients. À tous les professionnels, la relation de soin avec les patients addictés apparaît difficile. Il existe quelques nuances importantes que nous avons soulignées, mais la grande majorité des thèmes que nous synthétisons ici se retrouve dans les discours de l'ensemble des soignants rencontrés. Cela souligne pour nous l'idée qu'il existe une communauté d'expérience des soignants en addictologie malgré la grande diversité de pratiques et de missions. Cette communauté vient probablement d'un mouvement partagé vers les personnes addictées, et cela justifie notre choix de ne pas différencier ce qui, dans le soin, se rattache à la démarche médicale, psychothérapeutique ou socio-éducative. Ce mouvement apparaît d'ailleurs comme ce qui donne son sens le plus tangible à l'entreprise addictologique. Les professionnels en sont conscients et attendent beaucoup des évolutions de la discipline addictologique. En effet, les principes issus des trois paradigmes que nous avons détaillés dans notre première partie sont bien visibles et répartis logiquement selon les types de structures dans l'étude. Toutefois, ils apparaissent parfois déliés et opposés les uns aux autres, ce qui provoque des moments de doute des professionnels sur le sens de leur action. Ce flottement caractérise à la fois la tentation hypermoderne du mouvement addictologique et la transition d'un ancien ordre vers un nouveau qui demeure insuffisamment structuré. Les figures normatives romantiques et hygiénistes se dessinent régulièrement dans les discours recueillis sur les trois lieux de soin. La figure « autonome dépendante » se révèle également, comme par exemple dans l'histoire de « la petite mémère ». Cette figure normative apparaît comme nous l'avons décrite : « enclavée », méconnue et incomprise du grand public. Il existe en revanche peu de discours qui soutiennent notre idée d'une position ambivalente sur l'objet des soins de l'addictologie. La confusion entre sujet « autonome-

dépendant » et sujet hypermoderne pourrait se cantonner au niveau institutionnel, mais la présente étude ne nous permet pas de le confirmer.

Mais la communauté d'expérience des soignants tend également à accréditer l'idée que les personnes addictées, du moins celles qui entrent dans ces lieux de soin, quels que soient leur produits d'addiction, possèdent des caractéristiques communes qui se sont révélées au fil des discours.

2. Les sources des difficultés : patients difficiles, produits puissants, soignants vulnérables, institutions fragiles et monde extérieur hostile

La source la plus évidente de difficulté pour la relation de soin, dans l'expérience des soignants, se trouve chez les patients. Passés les premiers mouvements de banalisation et de déni, les professionnels identifient plusieurs problématiques fortes. Les addictés ont des histoires de vie douloureuses voire catastrophiques, ils ont erré, subi des traumatismes, été mal aimés ou maltraités. Les soignants sont parfois envahis par ces histoires et ont le sentiment que les patients les leur font porter et parfois vivre. Il leur faut aussi supporter de les accompagner alors qu'ils sont très fragiles aux plans physique comme psychique, et que la mort semble pouvoir survenir à tout moment. Cela pourrait ne pas être une expérience très différente de celle de soignants exerçant dans d'autres domaines cliniques, mais l'addiction semble pourtant mettre les professionnels de l'étude face à un niveau de complexité hors du commun du soin. Il leur est ainsi impossible de travailler avec les personnes addictées en ne se concentrant que sur le problème de l'usage des produits ou du comportement addictif. Ils pensent que la médecine contemporaine permet à la plupart des soignants de se protéger derrière un savoir technique et des pratiques codifiées. Mais le champ d'exercice addictologique leur semble être dans une zone frontière entre le soin médical et d'autres manières de prendre soin. Il leur faut donc faire avec ce que sont les patients au-delà de leurs symptômes, et c'est une difficulté. Dans les soins, les addictés peuvent apparaître étonnement proches des représentations de sens commun les concernant. Même si l'espace du soin est un

lieu relativement protégé, les patients addicts peuvent se montrer désagréables, agressifs, violents, menteurs, manipulateurs, faibles de volonté et dépravés. Les soignants se trouvent être alors confus et embarrassés face à ce qu'ils perçoivent comme une congruence entre des jugements profanes accusateurs, ce qu'ils continuent d'en porter eux-mêmes malgré leur « conversion » à la pratique addictologique et la réalité des actes posés par les addicts. Toutefois, ces « vices » semblent, dans le discours des professionnels, traverser les patients. Ils les en tiennent rarement pour responsables. Ce sont leurs expériences de vie et la contrainte sociale qui font des patients des victimes au moins autant que des bourreaux. Toujours est-il que ces personnes qui demandent de l'aide avec parfois une grande avidité, sont souvent perçues comme peu fiables et peu reconnaissantes pour les efforts des soignants.

S'interposant entre patients et soignants, les produits d'addictions apparaissent redoutables. Ils sont en effet extrêmement puissants. Ils abiment les patients et peuvent les tuer. Ils détruisent les liens familiaux et amicaux. Ils semblent dotés de capacités quasi magiques, comme celle de changer la personnalité des patients et les transformer en personnages inquiétants. Ils agissent comme la potion du Dr Jekyll. De plus, dans la relation entre patients et soignants, ils tiennent une place de rival des professionnels. Ces derniers se demandent s'ils peuvent faire le poids face à eux, la rupture de soin semblant le plus souvent coïncider avec les retrouvailles entre les patients et les produits. Mais cette rivalité se fait encore plus cuisante lorsqu'il semble aux soignants que les produits peuvent être plus efficaces qu'eux-mêmes pour maintenir les patients en vie et les aider à supporter cette dernière.

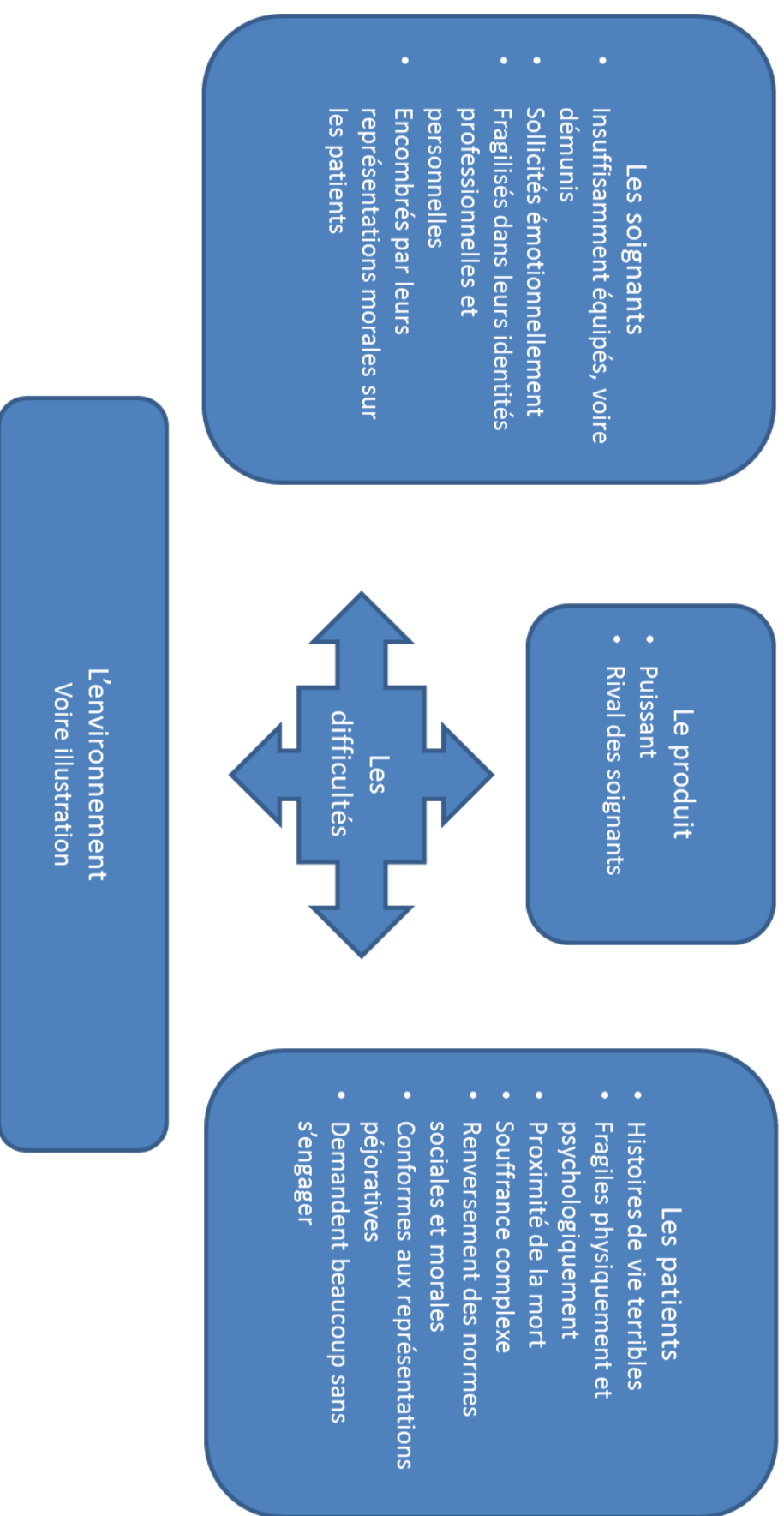
Ces résultats, bien supportés par nos analyses, sont relativement classiques et confirment des données que l'on peut recueillir dans différentes littératures, comme celles sur le *burnout* ou sur les contre-attitudes. D'autres résultats sont moins souvent décrits. Il s'agit de ceux qui concernent les soignants eux-mêmes et leur cadre de soin. Les professionnels parlent en effet des difficultés qui proviennent de leur sentiment de ne pas être suffisamment équipés pour soigner les patients addicts. Ils peuvent éprouver un manque de théorie, de diversité de savoir et de savoir-faire, notamment en psychiatrie et psychologie pour ceux qui ne sont pas formés. Ils ne déplorent pas un déficit d'outils techniques (psychothérapiques, rééducatifs ou pharmacologiques) mais plutôt un défaut de moyens humains et de

temps pour travailler en équipe, un peu à distance de l'urgence de la prise en charge des patients (réunions cliniques, études de cas, séminaires...). Mais au fil des discours, le manque semble concerner plus profondément la capacité à aider des personnes qui sont dans une souffrance intense, ancienne et complexe. Les soignants peuvent alors se sentir démunis et désemparés face à cette souffrance et envahis d'un doute sur le sens et l'efficacité du soin. Nous avons vu que la finalité de soin différait fortement selon les références théoriques des professionnels avant le développement de l'addictologie contemporaine (abstinence, réduction des risques). Dans cette nouvelle période, les soignants connaissent ces différents objectifs, ainsi que ceux qui se développent (consommation contrôlée, dépendance localisée), et ont tenté de se situer par rapport à eux. Toutefois en l'absence de « discours de vérité » sur le sens du soin, ils oscillent dans leurs choix stratégiques, hésitent, changent d'avis. Cela a certainement des effets positifs dans la rencontre avec des patients qui peuvent se sentir mieux entendus et plus acteurs de leurs soins. Mais les soignants se sentent plus vulnérables et ont le sentiment de commettre des erreurs, parce que, finalement, ni eux ni les patients ne savent ce qui va réellement faire soin. Ces questions deviennent vertigineuses quand vie et mort sont en jeu. Les professionnels peuvent exprimer la force des émotions qu'ils ont à traverser ainsi que la fatigue qui peut s'emparer d'eux. Il faut pouvoir supporter d'entendre les patients et de vivre avec eux une aventure relationnelle dont l'issue n'est pas toujours, loin s'en faut, favorable et heureuse. Pris de doute, les soignants vacillent dans leur identité professionnelle et peuvent se demander s'ils sont aussi « bons » que les professionnels d'autres domaines du soin. Mais, ils sont ébranlés plus profondément encore. Intimement, la relation leur fait interroger leur propre rapport à la dépendance, à la maladie et à la folie. Cela dérive des événements difficiles et des déceptions qui émaillent cette relation, mais cela vient aussi de leur propre espace interne et de leur histoire personnelle qui affleurent dans les discours. Plusieurs professionnels interrogent en effet ce qu'ils peuvent avoir de commun avec les patients, parfois au travers d'anecdotes douloureuses. Enfin, malgré leurs efforts pour s'affranchir des représentations de sens commun sur les personnes addictées, les soignants sont assaillies par celles-ci. Elles leur arrivent de l'extérieur au travers des discours véhiculés par les médias ou portés par leurs proches, les familles des patients ou ces derniers-mêmes. Elles peuvent les mettre très en colère

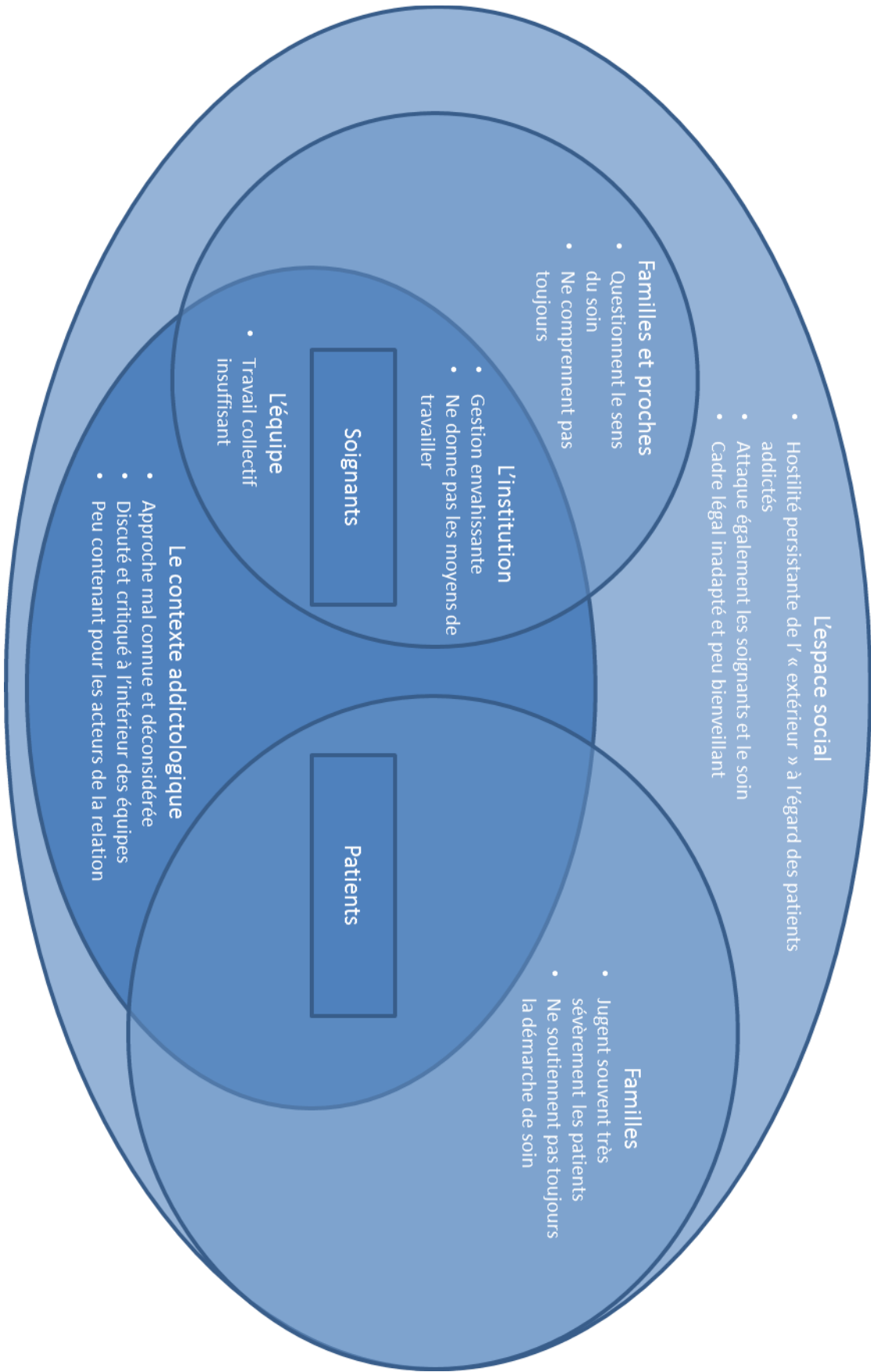
et provoquer chez eux des réponses agressives. Ils soulignent en effet leur caractère destructeur pour les patients – en dégradant leur image, en renforçant leur conduites addictives et leur exposition au risque – et pour le soin, souvent déconsidéré voire ridiculisé. Mais ces représentations les mettent en cause eux-mêmes. Ils peuvent avoir le sentiment d’être vus comme des « gardes-chiourme » ou des idéalistes, méprisés par les autres professionnels du soin et le champ social dans son ensemble. Mais ce qui peut être plus difficile encore est qu’ils abritent eux-mêmes ces représentations péjoratives sur les patients. Ils reconnaissent souvent les avoir portées avant de rencontrer les patients et le soin. Plus jeunes, ils pouvaient penser du mal des addicts, à l’image de ce qu’ils disent des étudiants qu’ils voient en stage. Le soin des addictions nécessite un certain changement de regard qu’il faut savoir transmettre. Mais les professionnels disent également connaître d’autres soignants en addictologie qui ne se privent pas d’exprimer des jugements en lien avec les représentations de sens commun. Au fil des échanges au cours de l’étude, ils peuvent toutefois s’en approprier certaines et laisser entendre qu’elles ne sont pas toujours infondées, comme sur la violence et le mensonge notamment. Ils tentent alors de dédouaner les patients de leurs comportements et peuvent éprouver une culpabilité intense qui peut les amener à se sentir eux-mêmes responsables des conduites des addicts.

Enfin, conformément à l’une de nos idées initiales, les soignants se sentent imparfaitement soutenus par leur environnement. Leurs enveloppes concentriques, ici envisagées de la plus large à la plus resserrée, sont fragiles. Nous l’avons dit pour ce qui concerne les représentations du soin à l’ « extérieur ». Le regard social n’est pas soutenant. Certains décideurs ont pu être courageux, mais beaucoup sont vus comme très ambivalents. Ainsi le cadre légal et réglementaire d’action des soignants est-il inadapté et peu protecteur pour les addicts comme pour le soin. Plus proche de l’espace de la rencontre de soin, la discipline addictologique est sensée supporter l’identité des soignants et leur fournir équipement théorico-pratique et structures stables et reconnues. Dans les discours des professionnels, ce cadre large du travail semble fragile. La discipline apparaît comme mal connue du grand public et souvent déconsidérée. Les soignants des trois lieux de soin rencontrés ne se reconnaissent pas facilement une communauté d’action et de point de vue avec les autres. La discipline fait l’objet de débats à l’intérieur même des

Les sources de difficulté pour la relation de soin d'après les soignants (étude EthNaA)



L'environnement comme source de difficultés pour la relation de soin d'après les soignants (étude EthNaA)



équipes. Si les responsables affirment tous une transversalité d'approche et une appartenance au mouvement addictologique, les professionnels se sentent plus isolés et en doute sur leurs affiliations identitaires. Les formations spécifiques semblent manifestement améliorer cette insécurité identitaire mais n'empêchent pas le sentiment, déjà évoqué, d'un équipement de pensée insuffisant et d'une cadre théorique encore mal défini. Enfin, l'insécurité porte également sur la pérennité des structures. Les trois équipes rencontrées n'ont pas connu de changement structurel récent ni de menace explicite sur leur existence. Pourtant les professionnels font part de leurs doutes sur l'avenir et sur la capacité de leurs institutions à soutenir dans la durée leurs efforts de soin des patients. Que celles-ci puissent être fermées par les tutelles ou qu'elles prennent des orientations privilégiant la quantité de soin sur la qualité, elles n'offrent pas aux soignants un sentiment de sécurité suffisant.

Nous avons vu ici la diversité et la multiplicité des difficultés que connaissent les soignants dans leurs rencontres avec les patients. Elles proviennent des addicts, de leur histoire, de leur mode de vie, de leur souffrance et des produits d'addiction, mais aussi de l'espace propre, professionnel et intime, des soignants, ainsi que du contexte socio-institutionnel du soin. Nous allons maintenant envisager, au travers de nos analyses des discours et des dynamiques groupales issues de l'étude EthNaA, les effets de ces difficultés.

3. Les effets des difficultés : défiance, contrôle et abandon

Dans les discours des professionnels, les effets des difficultés vécues dans le soin se mesurent chez les patients et les soignants, et déterminent des modalités de relation problématiques.

La défiance apparaît effectivement comme un contexte émotionnel central de l'expérience de la relation de soin par les professionnels. Cette défiance émerge de toutes nos analyses du matériel issu de l'étude EthNaA, qu'il s'agisse de l'analyse « phénoménologique et interprétative » des discours, de celle des échanges autour de l'extrait du roman de Conrad, des dynamiques des *focus groups* ou des relations chercheurs-participants. Dans les discours, la confiance apparaît d'emblée comme une notion inadéquate et indésirable dans le soin, essentiellement du fait de sa

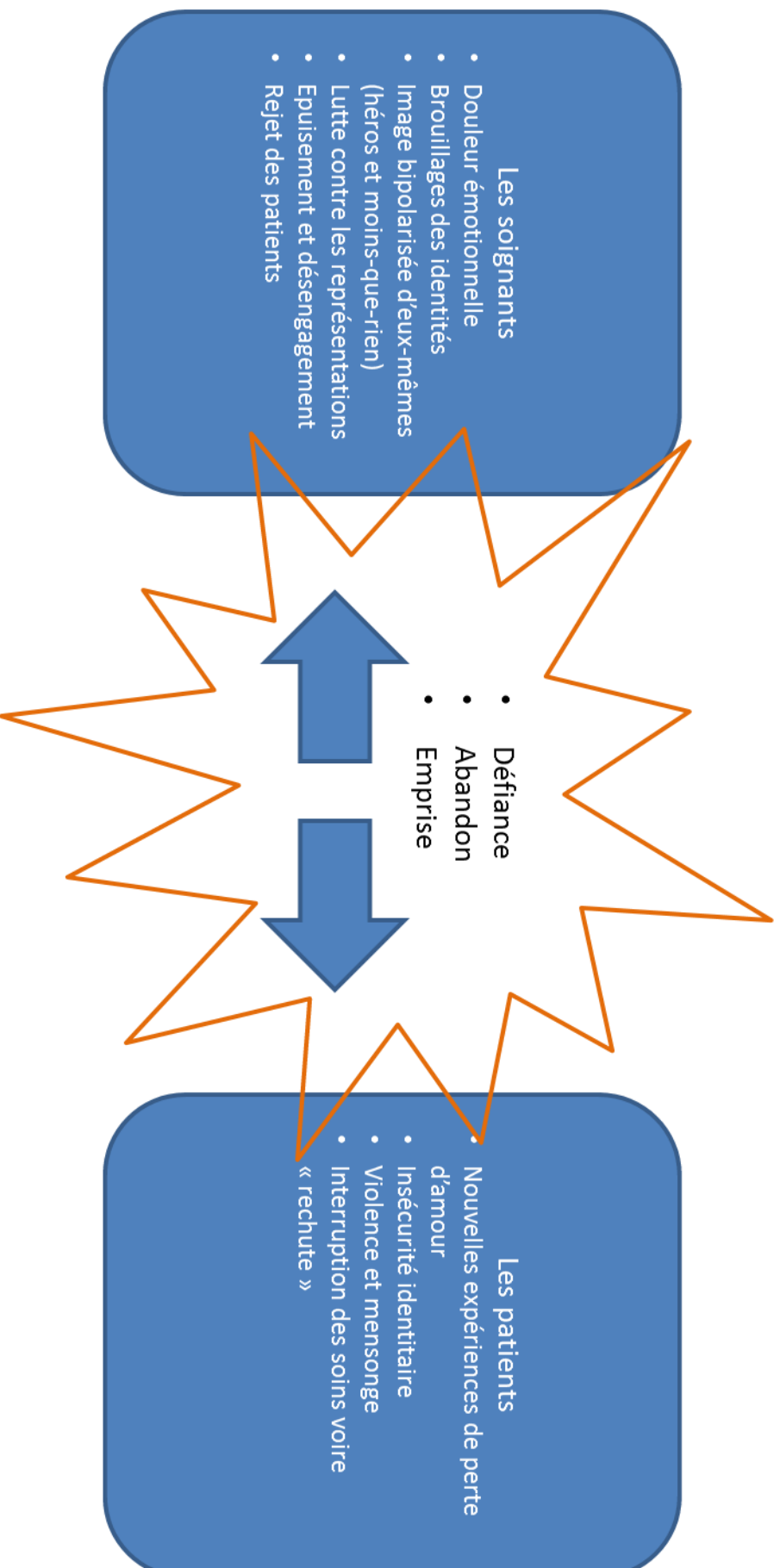
nature morale et affective. Pourtant elle se révèle ensuite comme indispensable à une relation de soin authentique et efficace. Mais, pour les diverses raisons évoquées précédemment, les soignants qui expérimentent la fatigue, la peur, la déception, l'envahissement psychique, le vacillement identitaire, l'impuissance et l'isolement accueillent souvent les patients avec défiance. Comme nous l'avons souligné à plusieurs reprises, la défiance s'est aussi clairement exprimée dans les dynamiques des *focus groups*, entre les professionnels eux-mêmes et avec les chercheurs. Mais elle apparaît également nettement dans certains dispositifs qui se révèlent être des « pratiques de défiance ». Il s'agit principalement des tests urinaires de recherche de toxiques et des éthylotests. Parmi les trois équipes rencontrées, deux y ont recours. Mais, à des degrés divers et avec quelques nuances, l'ensemble des professionnels se montre embarrassé par ces pratiques. Elles s'apparentent à des techniques de vérification de la parole des patients, celle-ci se trouvant confirmée ou infirmée par une « vérité » issue d'un test biochimique. En ce sens, il semble aux soignants qu'elles tendent à attaquer le climat de confiance avec les patients, plutôt que la soutenir. Dans une moindre mesure, certains contrats de soin appliqués avec trop de rigidité apparaissent également comme des pratiques de défiance. Si la défiance s'insinue dans les divers espaces qui environnent la relation, elle détermine des mouvements parfois catastrophiques pour cette dernière. Certains discours les abordent plutôt prudemment et indirectement, mais ils s'observent également dans les élaborations qui entourent l'histoire de Lord Jim. Envahis par la défiance, les soignants peuvent être tentés d'abandonner les patients ou de les contrôler. Ces deux mouvements, en apparence opposés, de lâchage et d'agrippement aboutissent au même effet d'impasse de la relation. Le soignant peut chercher à l'éviter, soit en prenant la fuite, en se dégageant, en se désintéressant, soit en prenant le contrôle du patient, en essayant de maîtriser les comportements et les pensées de ce dernier. Si de l'avis même des professionnels, de tels mouvements empêchent tout établissement d'une relation de soin, ils apparaissent pour eux comme des moyens de se protéger d'éprouvés douloureux.

Compte-tenu du dispositif de l'étude, il ne nous est possible d'observer les conséquences d'un tel climat sur les patients qu'au travers de ce que peuvent en dire les soignants. Toutefois, quelques discours recueillis auprès d'usagers des lieux

de soin indiquent l'importance de ces conséquences en termes d'émotions douloureuses et de renforcement d'une logique de vie « à risque » de complications physiques et psychiques. Les soignants, pour leur part, indiquent, notamment au travers d'échanges autour de l'histoire de Lord Jim, que les patients peuvent se sentir incompris des soignants, rejetés par eux. Exposés à des mouvements d'abandon, ils revivent une perte d'amour comme celles qui ont jalonné leur vie. Cette répétition est délétère pour les patients et empêche toute rencontre susceptible de les aider. De leur côté, les mouvements de contrôle sont à l'origine, chez les patients, de mensonges et de tentatives de dissimulation qui apparaissent aux soignants comme des stratégies de protection et d'esquive. Mais le contrôle peut aussi provoquer la violence des addicts. Enfin, il semble tendre à figer l'identité des patients qui ne se voient plus qu'au travers du discours que les professionnels tiennent à leur sujet. Il émerge des dires des soignants que ces différentes complications aboutissent fréquemment au départ inopiné des patients et probablement à une reprise des conduites addictives, et à un retour à un mode de vie dangereux pour eux. Mais ces mouvements, bien qu'ils aient une fonction défensive, ont également des conséquences sur les professionnels. Ces derniers s'en sentent très coupables, ce qui réduit l'intérêt économique d'un abandon ou d'un contrôle sensés leur épargner des affects désagréables. De plus, ils en conçoivent des doutes redoublés sur leur capacité à soigner et cela renforce leur insécurité identitaire. De manière très nette dans les discours, les soignants portent un regard bipolarisé sur eux-mêmes où ils apparaissent alternativement comme des héros ou comme des moins que rien. Ils semblent ainsi parfois très fiers de pouvoir supporter un tel niveau de difficulté et de continuer malgré tout à prendre soin, puis découragés, impuissants et ridicules dans des efforts qui semblent si souvent vains. Leur relation avec les patients est à l'aune de cette bipolarité puisqu'ils se sentent valorisés quand ils mesurent le courage de ces derniers, et abattus quand ils apparaissent conformes aux représentations péjoratives de sens commun. Soignants sont alors aussi « mauvais » que patients.

Comment dès lors envisager un soin efficace et respectueux des patients ? De nombreuses pistes de réflexion émergent des discours des professionnels et des idées que leur donne l'aventure de Lord Jim. Elles permettent de comprendre comment ces professionnels compétents parviennent à aider les patients.

Les effets des difficultés pour la relation de soin d'après les soignants (étude EthNaA)



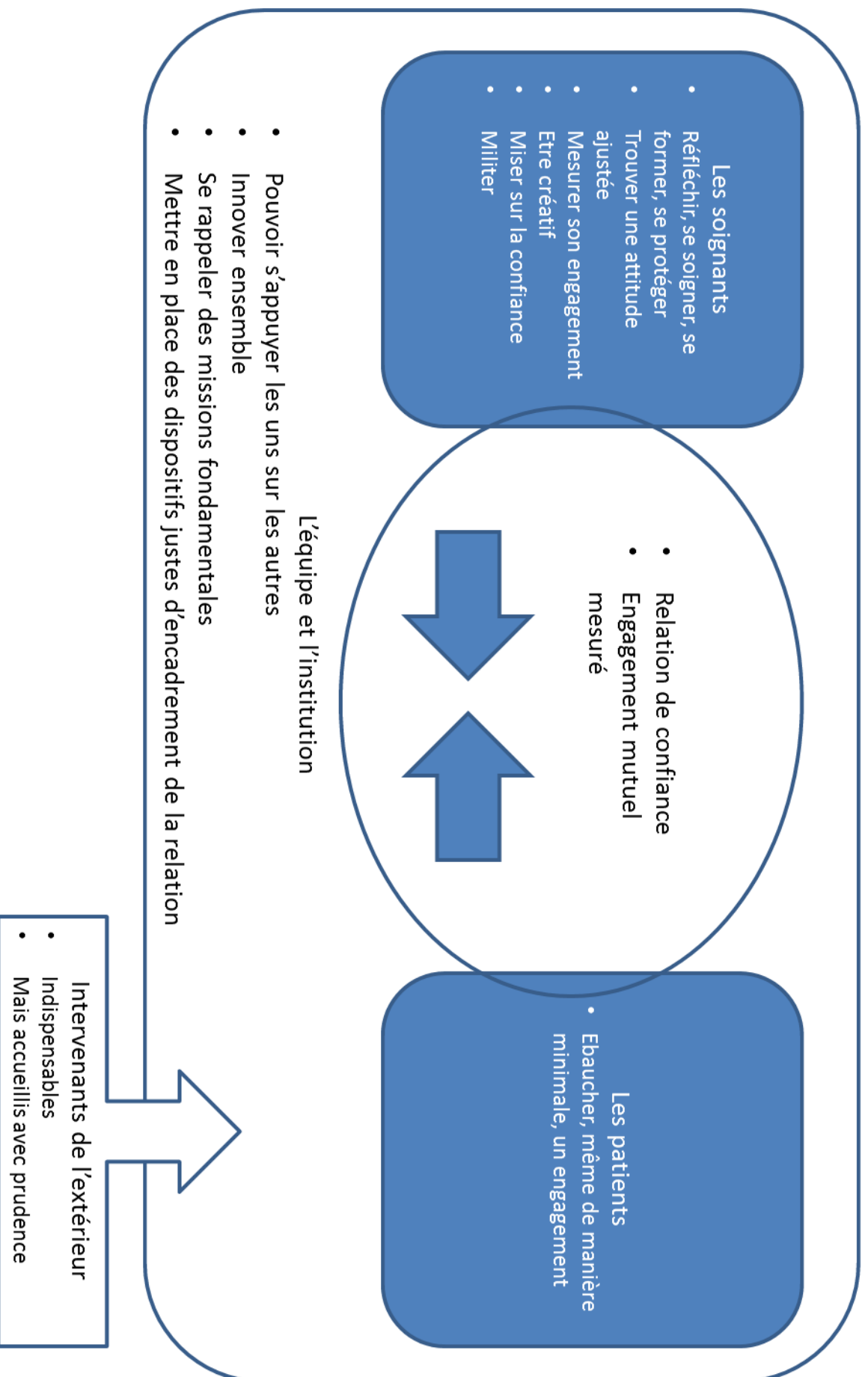
4. Les solutions face aux difficultés : confiance, soin de soi, engagement prudent, créativité, travail d'équipe et institutions soutenantes

La confiance est donc identifiée comme un élément essentiel au développement d'une relation de soin utile au patient. Mais elle pourrait aussi permettre à chacun, soignant comme patient, de vivre cette relation moins douloureusement. Elle apparaît donc simultanément comme un moyen et une finalité du soin. Elle se révèle finalement hautement désirable et les soignants recherchent des moyens de la restaurer. Dans leur discours, la confiance doit être relativement circonscrite et mesurée, ni factice, ni aveugle. L'entre-deux est difficile à distinguer et plusieurs remarques soulignent la difficulté à trouver la bonne distance, le bon degré d'investissement. L'idéal qui se dégage dans plusieurs discours serait une relation reposant sur un engagement mutuel modéré et souple. Comme nous l'avons déjà vu, la vie et les modalités relationnelles des patients ainsi que les caractéristiques des produits d'addiction sont des sources majeures de difficulté pour les soignants. Pourtant ce n'est pas sur les patients ni sur les produits que les professionnels cherchent à agir pour retrouver une confiance dans le soin. Il leur paraît difficile de demander plus aux patients qu'une ébauche d'engagement. En revanche, la personne propre du soignant et l'environnement socio-institutionnel, moins fréquemment soulignés comme origines de difficulté pour la relation de soin, sont précisément les objets des efforts des professionnels. Quatre directions sont particulièrement explorées : l'attention à soi, le juste engagement, la créativité et l'appel à d'autres pratiques collectives.

En effet, les pistes les plus spontanément évoquées par les soignants pour se dégager des difficultés qui entourent le soin concernent leur formation et leur position propre. L'équipement théorique et la formation apparaissent comme des éléments essentiels pour pouvoir penser et comprendre ce qui se passe avec les patients. Mais il s'agit aussi de savoir ne pas trop s'exposer et se protéger, de prendre soin de soi, en se faisant soigner soi-même éventuellement, notamment par

un psychothérapeute. Mais il est aussi souligné qu'une vie personnelle épanouie et joyeuse est nécessaire pour pouvoir supporter les difficultés relationnelles avec les patients. Les soignants recherchent un juste engagement auprès des patients, mais celui-ci semble difficile à définir. Il leur faut se protéger tout en prenant des risques, se retenir tout en se livrant, compter sur l'action du temps tout en la redoutant. Les discours ne permettent pas d'entrevoir des pistes claires qui pourraient mener à une position soignante ajustée au centre de ces contraintes paradoxales. Tout au plus mentionnent-ils la nécessité de s'ajuster à chaque patient singulier. En quête de restauration d'un climat de confiance et d'une dynamique dans le soin, les professionnels parlent d'ateliers et d'activités thérapeutiques, ou de dispositifs de soin novateurs. Il leur semble en effet qu'en l'absence de ressources thérapeutiques univoques, il est nécessaire de développer de nouveaux projets. L'ambition des professionnels semble ici au moins autant de soutenir leur vitalité de soignants, de refonder le sens de leur démarche, que de « découvrir » de nouveaux moyens d'aider les patients. Ainsi, un peu confusément, c'est vers une stimulation de leur propre créativité qu'ils se tournent pour être plus à même de réinvestir la relation de soin. Enfin, et c'est un résultat important, les professionnels recherchent dans des modifications de leur cadre et de leur environnement de travail des moyens pour améliorer le climat de la relation avec les patients. Les soignants apparaissent très fréquemment comme des militants. Au-delà du soin, ils portent un discours politique, ils soutiennent des idées et veulent influencer le champ social et modifier ses représentations sur les addicts et le soin. Il semble qu'un regard plus indulgent allègerait, d'après eux, le climat de défiance mutuel qu'ils perçoivent dans le soin. Les patients seraient soumis à moins de violence et la renverraient moins aux soignants. Ils auraient moins peur du regard des autres et donc de celui des professionnels. Ces derniers pourraient se sentir mieux reconnus et valorisés dans leur démarche de soin. Peut-être espèrent-ils aussi sentir un poids moins lourd des représentations qu'ils hébergent. Certains soignants soulignent qu'il est nécessaire de changer la loi, mais c'est aussi sur le mouvement addictologique que les espoirs se fondent. Celui-ci pourrait faire évoluer les représentations et donner également une meilleure assise à leur identité de soignants en addictologie. Mais les discours les plus concrets portent sur le fonctionnement des institutions locales et sur le travail d'équipe. Il est attendu des institutions qu'elles fournissent moyens humains

Les solutions face aux difficultés pour la relation de soin d'après les soignants (étude EthNaA)



et temps pour travailler avec les patients sur la durée, et pour pouvoir se réunir et penser ensemble à la théorie, aux dispositifs de soin et aux patients. Elles sont appelées également à permettre des espaces de supervision avec des spécialistes venant de l'extérieur. Le travail d'équipe est également un recours indispensable pour les soignants dans leur recherche d'un meilleur ajustement relationnel avec les patients. L'équipe est un espace de convivialité où l'on peut rire, se détendre mais aussi partager ses émotions et raconter les histoires lourdes à porter. Le travail d'équipe permet d'avoir de nouvelles idées pour le soin et de mieux comprendre ce qui se passe avec les patients.

5. Une certaine adaptation aux tâches primaires

Nous avons souligné que certaines thématiques sortaient plus fréquemment dans certains lieux, et que cela dépendait du type de public accueilli, des missions propres de l'équipe (tâche primaire) et de ses rattachements théoriques. Les difficultés apparaissent nettement à chacun, mais les ressources locales diffèrent et les effets en termes d'intensité émotionnelle, de fragilisation et de fatigue se font sentir de manière diverse. Ces effets semblent effectivement majeurs sur les soignants du CAARUD, et plus contenus chez ceux du CSAPA, et, dans une moindre mesure, au CHU. Un indice indirect de ce fait réside dans les données qui concernent l'expérience et l'ancienneté des professionnels des trois équipes. Ceux du CAARUD indiquent une connaissance du champ addictologique antérieure à leur professionnalisation, ce qui témoigne d'une expérience importante. Mais ils exercent sur le lieu de l'étude depuis relativement peu de temps et cela laisse supposer un *turnover* important. À l'opposé, au CSAPA travaillent des soignants ayant une longue expérience et exerçant dans l'équipe depuis longtemps. Cette dernière donne ainsi l'image d'une stabilité forte. Ces données sont indicatives et ne nous permettent pas de tirer une quelconque conclusion sur l'importance quantitative du turnover dans les différentes structures du système français. Il n'existe d'ailleurs pas d'étude évaluant cette importance, en France et ailleurs, en fonction des modes d'exercice des équipes (seulement selon les profils managériaux). Nous nous contenterons donc de faire une hypothèse qui restera à

explorer. Il nous semble que pour pouvoir remplir les missions qui sont les leurs, les équipes et les professionnels doivent pouvoir supporter un degré différent de difficulté et d'exposition, et d'assumer une part de défiance et d'isolationnisme. Ainsi, le CAARUD, pour pouvoir accueillir des patients en grandes difficultés sociales, psychologiques et physiques, doit-il pouvoir se montrer « poreux ». De même le CHU se montrer « contrôleur » pour des patients qui demandent un sevrage, et le CSAPA, « impénétrable » vis-à-vis de l'extérieur pour rassurer ceux qui pourraient s'engager dans des soins au long cours. Cela pourrait en tout cas constituer la modalité initiale de rencontre avec les patients. Le travail des professionnels serait ensuite de quitter, avec les patients, ces positions initiales pour entrer dans une relation de soin.

6. Une défiance persistante

Faisant face à de nombreuses difficultés, les professionnels du soin en addictologie vivent leurs relations avec les patients parfois relativement tranquillement, mais plus fréquemment dans une intensité émotionnelle majeure et fatigante. Le climat de la relation est ainsi très souvent dominé par une défiance qui rend problématique l'établissement des liens de qualité nécessaires à un soin efficace. Conscients de l'importance de restaurer un contexte de confiance pour relancer le soin, ils explorent différentes voies. Ils développent une préoccupation de soi qui semble hésiter entre tentative de se modifier soi-même pour améliorer sa position soignante et sauvegarde de soi au risque de ne plus pouvoir être touché par les patients. La recherche d'un engagement ajusté est, nous l'avons vu, délicate et suspendue. La créativité pourrait être un espace de construction commun avec les patients et est désirée par les soignants, mais ils semblent hésiter à en faire un objet central de leur travail. Enfin, l'appel au cadre institutionnel et au travail d'équipe est très important. Les professionnels savent qu'ils peuvent y trouver, sécurité, soutien et émulation. Mais ils deviennent plus prudents lorsqu'il s'agit de faire entrer quelqu'un de l' « extérieur » pour travailler sur les pratiques de l'équipe. Cela révèle une certaine ambivalence à l'égard des tiers externes. Il apparaît finalement que, malgré les efforts importants de professionnels pour soutenir le soin, des difficultés importantes persistent et menacent régulièrement les

possibilités d'engager, avec les patients, des relations de soin que les soignants pourraient juger bonnes.

Discussion avec les données de la littérature

Au début de cette seconde partie, nous avons présenté des données de la littérature scientifique. Certaines proviennent de travaux psychanalytiques sur les contre-attitudes des soignants dans le champ des addictions. Nous discuterons nos résultats selon cette perspective dans la troisième partie du présent travail. En revanche, nous examinerons ici comment se positionnent nos analyses dans le paysage des études anglo-saxonnes sur les *attitudes* des soignants en addictologie ainsi que sur le *burnout*.

Les études quantitatives sur les *attitudes* que nous avons rapportées montrent l'importance du jugement péjoratif du public³⁴⁰ à l'égard des personnes addictées, mais également la diffusion des représentations sociales qui le sous-tendent au sein des professionnels du soin³⁴¹. Cette diffusion est soulignée parmi plusieurs corps de métier, comme les infirmiers^{342,343,344,345}, les médecins généralistes^{346,347}, les psychiatres³⁴⁸ et les pharmaciens³⁴⁹. Les études indiquent que ces *attitudes* négatives ont un effet sur l'efficacité des soins, en termes de repérage des

³⁴⁰ Costes et al., « Dix ans d'évolution des perceptions et des opinions des Français sur les drogues », op.cit.

³⁴¹ Gilchrist et al., « Staff Regard towards Working with Substance Users », op.cit.

³⁴² Howard et Chung, « Nurses' Attitudes toward Substance Misusers. II. Experiments and Studies Comparing Nurses to Other Groups », op.cit.

³⁴³ Foster et Onyeukwu, « The Attitudes of Forensic Nurses to Substance Using Service Users », op.cit.

³⁴⁴ Crothers et Dorrian, « Determinants of Nurses' Attitudes toward the Care of Patients with Alcohol Problems », op.cit.

³⁴⁵ Ford, « Interpersonal Challenges as a Constraint on Care », op.cit.

³⁴⁶ Jacka et al., « Attitudes and Practices of General Practitioners Training to Work with Drug-Using Patients », op.cit.

³⁴⁷ McKeown, Matheson, et Bond, « A Qualitative Study of GPs' Attitudes to Drug Misusers and Drug Misuse Services in Primary Care », op.cit.

³⁴⁸ Tantam et al., « Do General Practitioners and General Psychiatrists Want to Look after Drug Misusers? », op.cit.

³⁴⁹ Sheridan et al., « Role of Community Pharmacies in Relation to HIV Prevention and Drug Misuse », op.cit.

problématiques addictives, de propositions thérapeutiques adaptées et d'accès aux soins. Pour les auteurs, il y a là des enjeux éthiques. Nos résultats ne quantifient pas la présence des représentations sociales péjoratives chez les soignants du champ spécialisé, mais montrent bien leur influence sur l'établissement de la relation et sur l'entretien du climat de défiance dans la rencontre avec les patients. Les professionnels que nous avons rencontrés les connaissent bien et savent les conséquences problématiques des jugements de nature morale pour les patients et le soin. Ils cherchent à s'en affranchir, mais sont contraints de faire avec. Nos résultats s'accordent avec la littérature scientifique qui porte sur les *attitudes* et enrichissent le contenu en termes qualitatifs.

D'autres éléments de nos résultats peuvent être mis en lien avec les études scientifiques qui portent sur le *burnout*. En effet, ces dernières explorent fréquemment les origines de l'épuisement professionnel et cherchent des moyens de le prévenir. L'exercice soignant auprès de personnes addictées est reconnu comme étant difficile. La fréquence de *burnout* et les scores mesurés par le Maslach Burnout Inventory (MBI) sont plus élevés que dans d'autres champs du soin³⁵⁰. Les soignants de l'étude EthNaA le reconnaissent à demi-mot lorsqu'ils comparent la difficulté du soin à celle de l'accompagnement de grands malades mentaux ou des parents maltraitants. Mais certains le disent explicitement, comme le professionnel qui souligne que les soignants ont « une durée de vie limitée » dans la pratique addictologique. La difficulté dans le travail s'exprime en termes de fatigue émotionnelle, de désinvestissement des patients, de banalisation problématique et de frustrations dans l'exercice du soin. Ces différents points se trouvent précisément être ceux qui sont évalués par la MBI, ce qui explique la proximité de certains de nos résultats avec ceux d'études utilisant cet outil. La nature de notre méthodologie ne nous permet pas de discuter l'effet de certaines variables comme l'âge ou le niveau d'étude qui sont souvent corrélées à des augmentations ou diminutions de risque relatif d'avoir un score élevé au MBI. Une charge de travail élevée est fréquemment mentionnée^{351,352,353} comme un facteur de risque de

³⁵⁰ Farmer, « Stress and working with drug misusers », op.cit.

³⁵¹ Oyefeso, Clancy, et Farmer, « Prevalence and Associated Factors in Burnout and Psychological Morbidity among Substance Misuse Professionals », op.cit.

³⁵² Broome et al., « Leadership, Burnout, and Job Satisfaction in Outpatient Drug-Free Treatment Programs », op.cit.

burnout. Dans les discours que nous avons recueillis, cet élément n'apparaît pas. Les professionnels des trois centres ont une charge de travail importante, mais celle-ci ne semble pas constituer une difficulté. Seul le manque de temps, dont la responsabilité est imputée par les soignants à l'institution et qui est considérée comme une source de difficulté par des professionnels des trois centres, peut être vu comme un phénomène associé à une charge de travail élevée. La lourdeur clinique des patients³⁵⁴, les mauvais rapports avec les collègues et l'institution^{355,356,357} ainsi que le sentiment d'inefficacité³⁵⁸ sont les autres facteurs de risque de *burnout* qui ressortent fréquemment. Chacun de ces points trouve une illustration dans nos résultats. La lourdeur clinique est exprimée par les soignants de notre étude en termes d'histoires de vie douloureuses, de quotidien difficile, de souffrance psychique et physique, et de pathologie complexe. La discontinuité souvent évoquée des patients et la difficulté à trouver des aménagements relationnels adaptés avec eux rejoignent cette idée. La mauvaise ambiance d'équipe et les conflits institutionnels sont peu évoqués comme des sources de difficulté. En revanche les soignants mettent un accent très fort sur l'importance d'une bonne ambiance collective et d'un soutien de l'institution pour réduire les difficultés relationnelles dans le soin. Ces discours semblent donc aller dans le même sens que les résultats quantitatifs susmentionnés. Enfin, le sentiment d'inefficacité apparaît dans nos analyses comme une conséquence des difficultés du soin. Il est lié aux thématiques de découragement et de défiance. Parmi les facteurs protecteurs du *burnout* reconnus significatifs, certains sont les pendants de facteurs de risque comme le sentiment d'efficacité au travail^{359,360,361} ou la qualité du fonctionnement

³⁵³ Landrum, Knight, et Flynn, « The Impact of Organizational Stress and Burnout on Client Engagement ». op.cit.

³⁵⁴ Shoptaw, Stein, et Rawson, « Burnout in Substance Abuse Counselors. Impact of Environment, Attitudes, and Clients with HIV ». op.cit.

³⁵⁵ Ibid.

³⁵⁶ Oyefeso, Clancy, et Farmer, « Prevalence and Associated Factors in Burnout and Psychological Morbidity among Substance Misuse Professionals ». op.cit.

³⁵⁷ Landrum, Knight, et Flynn, « The Impact of Organizational Stress and Burnout on Client Engagement ». op.cit.

³⁵⁸ Shoptaw, Stein, et Rawson, « Burnout in Substance Abuse Counselors. Impact of Environment, Attitudes, and Clients with HIV ». op.cit.

³⁵⁹ Ogborne, Braun, et Schmidt, « Working in Addictions Treatment Services ». op.cit.

³⁶⁰ Shoptaw, Stein, et Rawson, « Burnout in Substance Abuse Counselors. Impact of Environment, Attitudes, and Clients with HIV ». op.cit.

³⁶¹ Vilardaga et al., « Burnout among the Addiction Counseling Workforce ». op.cit.

d'équipe^{362,363,364,365,366,367}. Nos résultats n'entrent pas en contradiction avec ceux-ci. D'autres facteurs protecteurs apparaissent dans ces études : la formation spécialisée³⁶⁸ et le sentiment de contrôle du professionnel^{369,370}. Dans les discours recueillis, la formation ressort comme un outil de consolidation de la position soignante et d'amélioration de la compréhension de l'expérience des patients. La question du sentiment de contrôle correspond dans les études qui y ont recours à une perception par le professionnel d'une légitimité, d'une sécurité par rapport à son travail et d'une confiance accordée par l'institution. Condensée sous cette forme, cette notion n'apparaît pas dans notre étude. Toutefois elle se retrouve dans différents résultats comme la nécessité de développer un soin de soi et de travailler au sein d'une institution qui reconnaît le travail des professionnels.

Il est également très intéressant de rapprocher nos résultats de ceux de l'étude qualitative de Oser³⁷¹. Son design est proche du nôtre et la présentation des résultats est détaillée en causes, conséquences et prévention du *burnout*. L'objet de l'étude diffère du nôtre mais des thèmes proches ont été abordés dans nos entretiens. Parmi les causes, il s'agit notamment des thèmes qui concernent la difficulté des soignants à faire face aux histoires difficiles des patients, à leur discontinuité dans le soin, à la complexité de la souffrance et de soins à mettre en œuvre, au poids du regard extérieur sur les patients comme sur les soignants, et à la lourdeur institutionnelle. La charge de travail est également mentionnée comme une cause de *burnout* dans l'étude de Oser. Nous avons discuté ce point plus haut. Un point particulier concerne la fréquentation des collègues et des patients hors du lieu de soin. Cela apparaît comme un problème pour les *counselors* qui travaillent en milieu rural.

³⁶² Ogborne, Braun, et Schmidt, « Working in Addictions Treatment Services ». op.cit.

³⁶³ Shoptaw, Stein, et Rawson, « Burnout in Substance Abuse Counselors. Impact of Environment, Attitudes, and Clients with HIV ». op.cit.

³⁶⁴ Knudsen, Ducharme, et Roman, « Counselor Emotional Exhaustion and Turnover Intention in Therapeutic Communities ». op.cit.

³⁶⁵ Broome et al., « Leadership, Burnout, and Job Satisfaction in Outpatient Drug-Free Treatment Programs ». op.cit.

³⁶⁶ Vilardaga et al., « Burnout among the Addiction Counseling Workforce ». op.cit.

³⁶⁷ Landrum, Knight, et Flynn, « The Impact of Organizational Stress and Burnout on Client Engagement ». op.cit.

³⁶⁸ Ogborne, Braun, et Schmidt, « Working in Addictions Treatment Services ». op.cit.

³⁶⁹ Vilardaga et al., « Burnout among the Addiction Counseling Workforce ». op.cit.

³⁷⁰ Landrum, Knight, et Flynn, « The Impact of Organizational Stress and Burnout on Client Engagement ». op.cit.

³⁷¹ Oser et al., « Causes, Consequences, and Prevention of Burnout among Substance Abuse Treatment Counselors ». op.cit.

Nous n'avons rencontré que des professionnels exerçant en ville, et cette thématique n'est pas ressortie de nos analyses. On peut toutefois en trouver trace dans les discours des soignants du CHU qui évoquent des sorties entre collègues et des rencontres inopinées avec les patients (« la petite mémère »). Ces rapprochements induisent des mobilisations émotionnelles chez les professionnels mais ne semblent pas être des sources majeures de difficultés. Il est plus délicat de comparer nos résultats en matière d'effets des difficultés, notre analyse s'étant portée essentiellement sur les mouvements de défiance, de contrôle et de lâchage. Toutefois, la fatigue émotionnelle, la dégradation de la qualité du soin et le départ des patients sont, comme nous l'avons souligné plus haut, des résultats présents dans notre étude. En revanche, il est peu fait mention de désir de changer de travail. Le problème de l'inversion des rôles – patients devenant soignants des soignants – est absent des thèmes d'analyse. Comme dans les études quantitatives, le soutien des collègues et la qualité du fonctionnement institutionnel sont des éléments réputés prévenir le *burnout*. Les *counselors* y ajoutent l'attention portée à soi et la supervision clinique. Ces deux points sont des résultats présents dans notre étude. Les soignants ayant participé à l'étude EthNaA mentionnent l'importance de développer un soin de soi pour trouver une meilleure position dans la relation avec les patients. Ils sont également nombreux à insister sur l'importance de la supervision clinique. Toutefois, le rapprochement des résultats sur ce point à des limites. En effet, la signification du terme « supervision clinique » n'est pas la même dans les contextes nord-américains et français. La supervision clinique telle que l'évoque Oser consiste en un recours possible, au sein de l'équipe, à un professionnel expérimenté qui peut donner des conseils au soignant sur ses prises en charge. Dans le cadre de notre étude, les soignants sont en recherche d'une supervision clinique réalisée par un intervenant extérieur à l'institution, sur le modèle psychanalytique.

Notre lecture peut sembler très proche de celle de ces différentes études. Il nous faut toutefois rappeler que notre objet de travail n'est pas le *burnout*, la souffrance au travail, ni les *attitudes* des soignants, mais les difficultés relationnelles dans le domaine du soin des addictions. La question du burnout apparaît dans nos résultats comme une conséquence de ces difficultés. Celle des *attitudes* se retrouve dans nos

analyses des rapports des professionnels avec les représentations sociales péjoratives. Nous pouvons donc rapprocher ces diverses études – celle d’Oser en particulier – et l’enquête EthNaA pour en discuter les résultats, mais les nôtres nécessiteront une discussion plus large qui sera l’objet des parties suivantes du présent travail.

Limites

Nous signalerons ici les limites du présent travail. Elles nous semblent apparaître autour de deux dimensions de l’étude : la dimension méthodologique d’une part, avec différents points problématiques du dispositif ; et la dimension épistémologique et la question des modalités d’analyse des résultats d’autre part.

La première difficulté se situe au début du processus de recherche, au moment de l’élaboration de son design. Comme nous l’avons déjà expliqué, seule une recherche qualitative, de type ethnographique, pouvait nous aider à avancer dans notre exploration de la relation de soin en addictologie. Or, si nous avions une certaine « culture » sur ces méthodes, la plupart des membres du groupe de recherche qui avait une connaissance et une expérience préliminaire avait été formée aux méthodes quantitatives. Le changement de registre épistémologique que ce choix imposait a donc demandé un certain effort de formation et d’ajustement. Le recours à des spécialistes des méthodes qualitatives, à l’extérieur du groupe de recherche, a donc été essentiel. Notre affiliation à l’unité INSERM U669 a ici été précieuse. La mise en place d’une supervision par un psychanalyste ayant réalisé des études qualitatives également. Nous reviendrons sur les différents critères de validation que nous avons retenus et qui sont, pour la plupart, en faveur d’une validité de nos résultats. Il nous semble toutefois que, malgré nos précautions initiales, nous sommes parfois restés dans des positions ambivalentes entre approches quantitatives et qualitatives. L’utilisation du terme « passateur », appartenant typiquement au registre quantitatif, pour qualifier les chercheurs réalisant les entretiens en est une illustration. Certaines conséquences de cette posture indécise ne constituent pas des limites pour nos résultats. C’est le cas par exemple de notre recherche initiale d’une « représentativité » des participants et

d'une multiplication des lieux d'étude supposée limiter les biais de recrutement et permettre une meilleure « puissance statistique ». Ces idées n'étaient pas explicites et formulées, mais il était difficile pour nous d'y renoncer. Nous avons finalement compris la nécessité de réduire le nombre de sites d'enquête à trois, et de privilégier la triangulation par rapport à la représentativité. Cette hésitation ne nous semble pas avoir d'incidence sur nos résultats. Elle ne nous a coûté qu'un peu de temps. En revanche d'autres conséquences de cette ambivalence peuvent avoir eu une influence sur les résultats. Le choix d'utiliser, comme outil central de l'étude, un questionnaire semi-structuré nous semble avoir posé quelques difficultés. En effet, malgré notre souhait de laisser émerger dans les entretiens les discours spontanés des participants, nous avons construit un questionnaire long et plutôt directif. Il laissait assez peu de place à l'initiative des chercheurs et concentrait les réponses des participants sur des thématiques précises. Les conséquences sont de deux ordres : nos préconceptions apparaissent régulièrement dans le questionnaire ; les participants (en particulier ceux des *focus groups*, où le questionnaire était le seul support d'entretien) ont eu peu de place pour s'exprimer spontanément sur les thématiques en lien avec l'objet de la recherche. La tonalité générale des résultats est ainsi assez « sombre ». Il pourrait nous être reproché d'avoir induit une telle orientation du discours sur la relation de soin du fait de l'usage d'un questionnaire directif imprégné de nos préconceptions sur la question de recherche. Toutefois, la compatibilité forte de nos résultats avec ceux d'autres études sur des objets de recherche proches du nôtre nous permettent de résister à cette critique. Nous aurions pu utiliser une méthode d'entretien plus ouverte et obtenir probablement des résultats de même qualité avec un temps d'analyse moins long. Toutefois ce questionnaire nous semble avoir permis de soutenir des chercheurs n'étant pas toujours expérimentés et avoir servi de tiers au cours des entretiens : les thématiques abordées étant parfois sensibles et douloureuses, il a permis de contenir les mouvements émotionnels chez les participants comme chez les chercheurs. Nous avons sans doute perdu en légèreté de dispositif et en spontanéité de discours ce que nous avons gagné en sécurité de la relation chercheur-participant. Il s'agissait d'un équilibre à trouver, important pour notre démarche.

Nous devons signaler une autre singularité potentiellement problématique de notre dispositif. Le nombre de chercheurs impliqués dans les entretiens de terrain est

inhabituel dans ce type d'étude. Nécessitant un encadrement particulier de la démarche de recherche comme nous venons de le voir, cela a participé d'une rigidification du dispositif et peut mettre en question la fidélité synchronique des résultats. Cependant, ce choix a entraîné un très important travail d'échange et de réflexion qui nous a permis d'atteindre un très bon niveau de réflexivité et de triangulation. Ici également, les conséquences ont pesé plus sur la charge de notre travail que sur la validité des résultats.

Par ailleurs, nous avons construit notre question de recherche autour de l'expérience que les soignants font de la relation de soin. Nous souhaitons toutefois également l'envisager du point de vue des patients. Mais il s'est avéré que le dispositif n'était pas entièrement adapté à ces sujets. Du fait notamment de la grande hétérogénéité des profils socio-culturels et psychologiques des personnes addictées entrant dans les différents centres de l'étude, le questionnaire semi-structuré et l'outil narratif consistant en un extrait de texte littéraire ont été compris et interprétés de manière diverse par les patients. La variété d'expérience personnelle est également à l'origine de discours très riches avec des tonalités très diverses. Certaines pistes de réflexion se sont ainsi ouvertes à nous, mais nous sommes loin d'avoir atteint une saturation dans nos résultats concernant l'expérience des personnes recherchant une aide dans ces centres addictologiques. Pour cette raison, nous n'avons pu utiliser leurs discours que pour mettre en perspective ceux des soignants. Ils n'ont pas fait l'objet d'une analyse spécifique.

Nous avons déjà fait des commentaires précis et argumentés sur l'évaluation de la validité de nos résultats³⁷². Nous rappellerons ici deux limites qui influent sur leur validité instrumentale et théorique. Elles résident d'une part dans l'utilisation, dans les entretiens individuels, d'un outil narratif qui reste à faire reconnaître, et d'autre part dans l'absence de « retour sur le terrain » permettant d'évaluer l'acceptation interne de nos résultats.

Enfin, nous devons dire quelque chose de notre utilisation d'une méthode « phénoménologique-interprétative ». Le volet phénoménologique de l'analyse repose sur l'exposé fidèle des discours patents des professionnels. Il fournit l'essentiel du corps des résultats, en particulier pour ce qui concerne les sources des

³⁷² Voir « Validité des résultats »

difficultés et les tentatives de dégagement. Le volet interprétatif s'appuie sur la variété des observations des chercheurs et sur leurs efforts de réflexivité. Elle permet de tenir compte du contexte des discours et de repérer des thématiques qui y demeurent de manière latente. Ce niveau d'analyse est fondamental dans l'IPA³⁷³. Il est renforcé dans notre dispositif par le recours complémentaire à une lecture s'appuyant sur les théories psychanalytiques sur les groupes et les institutions. Nous avons pu ainsi développer une analyse plus précise des effets des difficultés sur la relation autour des thèmes de défiance, de contrôle et d'abandon. La littérature scientifique internationale nous fournit des données qui nous permettent d'évaluer l'acceptation externe de nos résultats. Nous avons ainsi montré qu'il était de bon niveau avec certaines limites précisées³⁷⁴. C'est vrai particulièrement pour ce qui concerne les sources et les voies de dégagement. Concernant les effets, il n'existe, dans cette littérature, que des données très « factuelles » comme l'augmentation du *burnout* et du *turnover* des soignants, et la baisse de satisfaction et d'engagement dans les soins des patients. C'est donc dans le corpus psychanalytique que nous devons chercher les références qui étayent nos résultats et nous permettront d'élaborer une théorie. Il y a ici, au cœur de nos résultats, un changement de perspective épistémologique qui pourrait être jugé artificiel s'il n'était pas permis et supporté par l'IPA, et s'il n'était pas intégré à notre approche globale et complémentariste dans l'étude de la relation de soin. Ces changements de regard se reproduiront dans les parties suivantes du présent travail. Ils sont nécessaires pour obtenir des analyses différentielles qui seront réunies dans notre discussion finale.

L'exposé, dans notre première partie, du contexte socio-historique dans lequel se vit aujourd'hui la relation de soin nous permet d'entrevoir l'influence du regard social porté sur les addictions et de l'évolution des modèles spécialisés de compréhension des liens de dépendance sur l'expérience relationnelle des professionnels en addictologie. Celle-ci apparaît en effet souvent laborieuse et problématique. Les sources de ces difficultés sont classiquement rattachées aux « qualités » des patients, à la puissance des produits et à la complexité de la pathologie addictive. Mais nous avons montré qu'elles résidaient également dans la

³⁷³ Interpretative Phenomenological Analysis, voir « Matériel et méthode »

³⁷⁴ Voir « Discussion avec les données de la littérature »

position propre des professionnels et dans les fragilités de leur cadre pratique et symbolique d'action. Nous rejoignons ici les analyses de notre première partie. Des effets sur la relation se sont fait sentir en termes de défiance, induisant des mouvements de contrôle et/ou d'abandon. Cela constitue une problématique dont les enjeux cliniques et éthiques sont bien repérés par les soignants. Ils cherchent ainsi des pistes pour dégager la relation de cette impasse. Ils pensent alors à la nécessité d'avoir une préoccupation de soi, un engagement mesuré et ajusté auprès des patients, de se montrer inventif, de pouvoir s'appuyer sur des collègues partageant la même pratique, et de participer à la constitution d'un discours addictologique commun. Toutefois, à ce stade de notre investigation, il existe entre nos différents résultats des liens de cooccurrence qui ouvrent beaucoup de pistes de réflexion mais ne nous permettent pas de les appréhender en une problématisation cohérente et articulée. Pour bien comprendre comment se nouent contexte socio-historique et expérience relatée par les professionnels d'EthNaA, il nous faut pousser plus loin l'analyse de cette dernière, en adoptant un point de vue plus résolument psychodynamique. Nous pourrions ainsi élaborer une première théorie éthique et clinique de la relation de soin en addictologie, propre à en décrire certains aspects fondamentaux.

TROISIÈME PARTIE —

De la défiance à l'amour: une première théorie éthique et clinique de la relation de soin en addictologie

Il est temps pour nous de reprendre les différents éléments d'information apportés par les soignants ayant participé à l'étude EthNaA, et de les mettre en lien avec ce que nous avons souligné, d'une part des effets vulnérabilisants du contexte socio-historique de la relation de soin en addictologie, et d'autre part de la nature de « soignants blessés » des professionnels du champ. Pour pouvoir établir une théorie propre à rendre compte de l'expérience que ces derniers vivent dans leurs rencontres avec les patients, nous devons mettre leurs discours en perspective et les insérer dans une théorie plus large de la relation interhumaine qui nous sera fournie ici essentiellement par la psychanalyse. Nous avons déjà rappelé précédemment que pour les psychanalystes, le phénomène addictif trouve ses origines dans la vie infantile très précoce et succède fréquemment à des souffrances vécues par les générations antérieures. Nous avons vu que ces altérations relationnelles originaires avaient pour conséquence une fragilité interne majeure et une construction du lien entravée. Au travers de l'exposé des contre-attitudes, la

perméabilité des soignants aux affects et aux projections de patients est apparue. Mais les professionnels ne sauraient être vus que comme des sujets affectés par l'expérience existentielle de l'autre souffrant. Ils sont eux-mêmes des agents engagés dans le jeu relationnel, mus par des motivations singulières, porteurs de leurs histoires propres et participants à des dynamiques de groupe au sein de leurs équipes. En plus des notions psychanalytiques déjà présentées, nous aurons donc besoin des élaborations freudiennes sur la relation – ses dimensions narcissiques et objectales – et de pensées postérieures sur les mouvements psychiques de groupe pour fonder cette première théorie de la relation de soin en addictologie.

L'identité du soignant : un narcissisme écartelé

Au travers des différentes sources de données, une représentation bipolarisée du soignant en addictologie se dessine.

1. Soignants singuliers : aventuriers et sujets moraux

Les soignants rencontrés, en individuel ou en groupe, font part d'un sentiment de singularité, souvent radical, qui se situe à de nombreux niveaux. La singularité est à entendre ici dans un sens double : la singularité qui rend unique, particulier, exceptionnel et celle qui caractérise le bizarre, devient excluante et laisse seul.

Les soignants soulignent les particularités de leur exercice clinique. La complexité des problématiques addictives dépasse celle d'autres pathologies médicales ou chirurgicales et nécessite des soignants des compétences que le « commun des soignants » ne possède pas ou incomplètement. Ils prennent figure d'aventuriers, et l'histoire de Lord Jim la réveille chez eux lorsqu'ils pensent aux romans de Kipling et d'autres explorateurs de terres inconnues. L'addictologie est un domaine de pionniers où la vie est trépidante mais où il ne fait pas bon faire de vieux os (« il y a une durée de vie quand même limitée ici »). Alors que la médecine contemporaine

leur apparaît confortablement installée en pays conquis, ils ont le sentiment de ne pas pouvoir être compris des leurs collègues d'autres disciplines. Ils racontent leurs tentatives de liens avec eux comme d'échecs cuisants qui leur font ressentir leur isolement et les encouragent à développer leur autosuffisance. Mais si une incompréhension existe entre les professionnels et les autres soignants qui partagent tout de même certaines valeurs avec eux, elle est plus radicale en ce qui concerne le monde « extérieur ». Le champ social apparaît comme une jungle pleine de dangers pour eux et pour leurs patients. Le regard qui les scrute indifféremment est réprobateur, violement, malgré les espoirs d'évolution des « mentalités ». Cette singularité qui leur revient est d'autant plus problématique que cet « extérieur » n'est pas constitué que de gens impersonnels. Il y a aussi, les proches, les amis, la famille des soignants qui leur fait ressentir leur particularité (« pourquoi as-tu choisi ce métier ? »). Ils se sentent ainsi seuls face aux représentations morales de l'environnement social mais également seuls avec ce qu'ils en portent eux-mêmes.

En effet, et c'est un résultat de recherche à nos yeux important, les questions morales de représentation et de jugement sont très envahissantes pour les professionnels. Elles sont omniprésentes dans leurs rencontres avec les patients, et ces derniers eux-mêmes en attestent. Mais elles apparaissent menaçantes pour les professionnels et pour leur propre identité de soignants. Les laisser ressortir risque de transformer la relation de soin en une confrontation à l'issue tragique et de faire tomber ce qui semble être un pilier de l'identité du soignant, celui de l'« absence de jugement ». Pourtant, malgré le danger qu'elles représentent pour eux, ils les reconnaissent comme inévitables et nécessaires à élaborer, et à intégrer dans le soin. Cela constitue un véritable paradoxe face auquel ils semblent perplexes.

2. Addictologues incertains

Lors des premiers contacts avec les responsables d'équipe, le modèle addictologique, sa tentative d'intégration des pratiques comme son refus de la conflictualité, est apparu dans les discours. Bien que nettement marqué par une identité rattachée à des paradigmes historiques différents, chaque responsable a insisté sur la valeur heuristique de l'ensemble des paradigmes et a tenu un discours rassembleur et ouvert. Dans le même temps, à l'exception du CSAPA, aucune

figure de référence, aucun ancêtre n'a pu être cité. Cela s'est confirmé lors des entretiens avec les participants. Cette observation rejoint ce que nous avons souligné du paradigme encore en devenir qu'est l'addictologie et de ses liens avec une figure hypermoderne. Quelles que soient la réalité des différences, celles-ci tendent à être abrasées, aplanies, ce qui donne lieu à un discours commun « minimal » mais permet également un espoir dans l'avenir des relations entre la société et les personnes addictées et entre la société et les soignants en addictologie. Le responsable du CAARUD, en entretien individuel, le dit ainsi : « Le rêve, ça serait que chaque individu soit un premier maillon d'une prise en charge ». La question de l'extension du domaine de l'addiction s'est présentée d'abord à nous sous l'angle de l'ambiguïté de la nature de l'objet du soin du mouvement addictologique : s'agit-il du patient autonome-dépendant ou du sujet hypermoderne ? Ici, c'est la nature du soignant qui semble en question : demeure-t-il un professionnel spécialisé ou sa fonction se fond-elle en chaque citoyen ? La pensée addictologique-hypermoderne pousse sa logique jusqu'à l'effacement de toute différence, au-delà de tout conflit et de toute discrimination. Mais l'espoir porte également sur les relations entre soignants et patients. Nous avons vu que les représentations morales pesaient sur l'identité des professionnels du champ et ceux-ci attendent ainsi que le corps social les en allège. Ils sont nombreux à souligner que la nouvelle addictologie permet d'envisager les patients addictés, leur soin, leur avenir, différemment. Ils parlent également du dynamisme de ce mouvement et d'une certaine fierté d'en faire partie.

Mais pourtant revient régulièrement, dans les discours, l'affirmation d'une identité propre et les zones de désaccord avec des paradigmes adverses ressortent. Lorsque l'identité du groupe s'énonce, elle correspond logiquement à la « tâche primaire » de l'institution. Les centres ont des missions qui diffèrent de l'un à l'autre et leur équipement théorique et leurs fonctionnements y sont adaptés. L'importance de ces différences est évidente pour l'offre d'aide à des patients qui sont dans des moments ou des états différents de leur addiction. Pourtant, ces différences ne sont pas articulées, mises en jeu et en mouvement par les participants à l'étude. Ici, une différence est une opposition. La manière d'exprimer cette dernière est vague – l'ennemi n'étant pas personnalisé, ou alors situé de manière lointaine dans l'histoire – et violente. Nous l'avons retrouvée dans les discours sur

les médecins « fascistes » pratiquant les tests urinaires, sur Freud « qui n'a rien compris à l'addiction » ou sur les éducateurs « qui ne sont pas dans le soin ». Chacun a ses ennemis et ceux-ci, bien qu'il soit tenté de la masquer, se situent au sein du champ addictologique. On retrouve ici le contraste et le lien déjà souligné entre pauciconflictualité et violence émergente.

Toutefois, lorsque les équipes et les professionnels en tant qu'individus parlent d'eux, de leur point de vue, de leur regard sur les patients, de leur travail et de ses difficultés, les discours sont très proches. Notre impression finale qui est en rupture, notons-le, avec nos préconceptions, est que les mêmes valeurs animent la pensée et la pratique de tous les professionnels rencontrés. Ça n'est sans doute pas très étonnant pour des valeurs comme l'empathie, la tolérance ou la solidarité dont on peut s'attendre à ce qu'elles soient présentes dans le discours de tous les soignants quel que soit leur domaine d'exercice. C'est en revanche plus significatif lorsqu'il s'agit de la position de chacun face au phénomène addictif et à la personne addictée. Cette position prête généralement initialement allégeance au paradigme historique et c'est l'« aliénation sociale », la « maladie du cerveau » ou les « carences affectives précoces » qui sont les pivots des analyses et des discours des soignants. Mais ces positions basculent brusquement, et parfois douloureusement comme dans le récit d'une histoire catastrophique (« le peintre »), hors du système paradigmatique, celui-ci devenant alors inopérant et impropre à diriger l'action des professionnels de manière sécurisante. Les théories et les outils des autres apparaissent alors comme intéressants et objet d'un désir de la part des soignants désorientés.

Ainsi se dessine pour nous un mouvement circulaire qui entraîne un balancement entre fierté d'appartenir à un mouvement addictologique porteur d'espoir et résurgences d'oppositions violentes non métabolisées.

La guerre fait rage silencieusement à l'intérieur. À l'intérieur de l'addictologie comme nous venons de le voir, mais également à l'intérieur des équipes et des sujets. Nous voyons, au travers de nos propres rapports avec les équipes et de la dynamique des *focus groups*, que les groupes de professionnels fonctionnent selon des modalités singulières. Cela arrive en tout cas dans des moments de mobilisation particulière comme à l'occasion d'une recherche, mais qui sont aussi ceux que peuvent provoquer des événements relationnels avec des patients. Le groupe entre

alors dans l'illusion groupale. Ou plutôt, il y retourne, cette modalité de fonctionnement correspondant à un niveau originaire de la formation du groupe. Il s'y vit comme autonome et autosuffisant, pacifié par le nivellement des différences, en particulier celles des sexes et des générations. Une figure de père omnipotent surplombe et écrase toute expression conflictuelle, toute rivalité fraternelle. Dans cette harmonie singulière, le « mauvais » est projeté sur l'extérieur et peut se cristalliser sur un bouc-émissaire interne au groupe mais ostracisé. C'est ce qui s'est nettement passé dans nos relations avec le CHU et le CSAPA. L'illusion groupale semble avoir été solide au CAARUD en début de *focus group* mais s'est fissurée ensuite pour laisser place à une position plus dépressive du groupe, les projections agressives reculant mais ne disparaissant pas pour autant. Le clivage intérieur-bon / extérieur-mauvais sous-jacent à ce fonctionnement se retrouve dans les discours individuels et chez les patients également. Mais cette expression du clivage masque celui qui se situe à l'intérieur de l'équipe et plus encore à l'intérieur des sujets. Ici, l'ennemi intérieur réapparaît. Il est la « femme de ménage » du CAARUD, l'infirmière haineuse du CHU ou le médecin prescripteur de méthadone du CSAPA ; toujours des personnes particulièrement importantes pour les institutions, mais qui agissent sournoisement. La rivalité fraternelle peut alors émerger à nouveau comme cela apparaît dans des mouvements latents de lutte des classes, de lutte pour l'égalité des sexes, ou entre les « anciens » et les « modernes » observables par exemple au CHU lorsqu'on évoque les tests urinaires, sales et embarrassants, prescrits par les médecins et exécutés par les infirmières ou au CAARUD quand on parle des femmes addictées, et jusque dans le fonctionnement même de notre groupe de recherche. Mais l'ennemi intérieur est aussi le sujet lui-même, le sujet en lui-même. Comme cela apparaît dans les discours des professionnels, en groupe ou en individuel, le sujet se perçoit alors lui-même comme violent, menteur, faible de volonté, malfaisant pour le patient. Il ne sait plus alors s'il est soignant, si par hasard il ne serait pas lui-même patient comme l'infirmière qui souligne sa proximité propre et celle de ses collègues au fonctionnement addictif, celle qui parle de son travail comme d'une drogue (« mon trip, mon délire »), ou les éducateurs et la secrétaire qui parlent de leurs consommations passées ou actuelles. Il se pourrait qu'il ait aussi besoin de soins. La limite s'estompe également entre engagement professionnel et vie intime et les

discours interrogent la possibilité d'avoir un abri identitaire, un espace préservé pour se ressourcer, qui semble faire alors défaut.

L'insécurité identitaire semble ici forte et liée à un cadre « incertain ». Elle rend bien compte de l'ensemble conséquent des expériences de flou identitaire vécues lors de ne rencontres avec les professionnels et au cours des entretiens. Ce rapport manifeste entre sécurité identitaire et compétences contenantes du cadre nous paraît particulièrement important même si nous ne perdons pas de vue que les relations avec les patients déterminent également l'insécurité. Nous le verrons bientôt. Pour l'heure, il nous faut voir comment elle se manifeste.

3. Entre bravoure et déchéance

Le clivage produit des représentations polarisées de soi. Dans leurs discours et leurs récits de relations avec les patients, les soignants se voient dans des rôles intimement liés mais radicalement distinct. Ce sont des « braves » ou des « bons à rien », des « braves » et des « bons à rien ». Il s'agit des deux faces d'une même pièce de monnaie, inséparables l'une de l'autre, dos à dos, mais qui ne se rencontrent jamais. Pour les professionnels, ces représentations s'accompagnent d'affects distincts, tantôt d'exaltation, tantôt d'effondrement. La bravoure est très présente dans les discours. Elle est dans le sentiment de singularité, de compétence dans un exercice clinique complexe et dans la capacité affirmée à rencontrer et soigner des personnes elles-mêmes singulières dans leur dualité monstre / héros comme nous le verrons bientôt. Mais cette représentation de soi a ses exigences parfois épuisantes. En termes psychanalytiques, elle correspond à l'expression d'un *moi idéal* grandiose et inatteignable qui va précipiter le *moi*, qui ne peut le rejoindre, dans la honte. C'est ce qui s'amorce dans le discours d'une psychologue du CSAPA qui souligne l'exigence tyrannique de la clinique et son sentiment d'épuisement. Ces basculements dans la honte se sont produits régulièrement au cours des entretiens de recherche. La violence des patients est devenue leur violence propre, leur rechutes leur incompétences, leur mort leur échec. Le « mauvais » s'est matérialisé en eux. Celui des patients s'est confondu avec le leur propre, agrégés par la honte. Les professionnels sont devenu coupables (du mal-être des patients), marginaux (dans leur champ clinique), délinquants (au regard des lois

réelles et symboliques), porteurs de pensées « honteuses », policiers inquisiteurs. Ces aller-retours sont incessants et surgissent parfois dans le même échange ou la même phrase. Ils sont épuisants émotionnellement et attaquent le sentiment d'adaptation à la fonction clinique et de satisfaction personnelle. Nous rejoignons ici la théorisation du *burnout* et son étude présentée précédemment.

Le clivage entre soignant bon et mauvais est très bien illustré par l'épisode des cambriolages du CAARUD par des patients. Il a conduit les professionnels à se sentir simultanément victimes et bourreaux dans un paradoxe irréductible et douloureux. Mais il permet également d'entendre les discours qui interrogent la capacité du groupe des professionnels et de l'institution qui le porte à contenir les relations difficiles avec les patients. Groupe et institution sont appelés par les soignants, nous y reviendrons, mais ne répondent jamais de manière entièrement satisfaisante. Ceci est une expérience normale dans le quotidien de chacun, mais dans le contexte produit par le clivage, cette incomplétude de la réponse risque d'être perçue comme une nullité de la réponse.

4. Rencontrer l'autre ?

Dans cette situation, la rencontre est évidemment problématique. À ce stade de notre lecture où les patients ne sont pas encore véritablement entrés en jeu, c'est de notre propre expérience de la rencontre avec les professionnels participant à la recherche que nous pouvons témoigner. Nous l'avons détaillée plus haut. Ces rencontres ont été difficiles. Dans cet état de clivage que nous avons caractérisé, l'autre que nous étions a été soit absorbé, soit éjecté. Absorbé au CHU, faisant participer les chercheurs à l'illusion groupale et inhibant leur expression subjective au profit d'un « nous » indifférencié et quelque peu incestuel ; éjecté au CSAPA et au CAARUD, les chercheurs ayant été destinataires de projections haineuses du mauvais impensé par les équipes.

Cette interprétation n'est pas univoque. Nous avons déjà souligné le plaisir et l'intérêt ressentis au contact de ces équipes et nous verrons que malgré l'importance et la profondeur de ces difficultés, une rencontre est envisageable. Mais cela ne doit pas encourager un mouvement lénifiant qui viendrait occulter l'intensité du problème de la mise en relation de patients et de professionnels dans le champ des

addictions. Nous allons en voir maintenant un autre aspect, celui de l'autre constitué par le patient addicté.

L'autre du soin

L'autre du soin, le patient apparaît dans les discours des professionnels.

1. La souffrance

Le patient est d'abord un Être souffrant. Cette réalité est rappelée sans cesse, qu'il s'agisse d'évoquer leur histoire, leur vie actuelle ou de réagir aux expressions du stigmatisme qui pèse sur eux. Le patient souffre et cela fait naître chez le soignant une question de forme circulaire : de l'œuf ou de la poule qui était là au départ ? de la souffrance ou de l'addiction qui était là au départ ? Face à cet indécidable, les discours sur les sources de la souffrance se partagent entre la douloureuse vie des personnes et le produit d'addiction. La place accordée aux deux est assez équitable dans les équipes sauf au CSAPA où le modèle psychodynamique ne laisse que peu de place au produit d'addiction. Ce dernier est généralement décrit comme puissant, redoutable voire possédant des caractéristiques surnaturelles : il peut transformer l'homme en bête. Il soustrait l'humanité de l'addicté en le rendant violent (lui donnant une « âme de guerrier »), imprévisible, manquant à sa parole, esclave. Mais en bon *pharmakon*, il peut quitter le domaine du chaos pour entrer dans celui du soin. Le produit – les soignants des trois centres le disent – peut aider les gens à vivre, peut les sauver, et parfois plus certainement que les soignants. Le produit est alors un concurrent pour ces derniers ou parfois un rival amoureux face auquel ils se sentent faibles, s'attendant au dépit et à l'abandon. Mais avant le produit, il y a eu d'autres amours et d'autres souffrances. Les soignants évoquent les traumatismes que les patients leur racontent, ce qu'ils ont parfois du mal à supporter (c'est « violent », « sordide »). Les patients ont subi des violences intrafamiliales, des agressions sexuelles (« le musicien »), ont été plongés dans des guerres, ont connu le calvaire de la migration exploitée (« le Penjâbi »), ont été victimes des cruautés du destin (« c'est Zola »). Aujourd'hui, ils peuvent être « à la

« rue », se prostituer, devenir eux-mêmes agresseur ou « simplement » être malheureux dans leur vie avec les autres et eux-mêmes. Ils souffrent « au-delà de ce qui est imaginable » et cela conduit à tolérer et accepter beaucoup de leurs conduites. Mais les soignants savent que les patients ne pourront pas nécessairement accueillir cette mansuétude, tant les souffrances passées les empêchent d'investir le lien avec eux.

2. L'anormalité

L'intensité de la souffrance situe déjà les patients hors de la norme pour les professionnels. Personne ne devrait avoir à vivre avec ces souffrances. Ce constat révoltant se heurte au désir des soignants d'aider les patients à obtenir un statut de normalité aux yeux de la société. Les professionnels répètent de manière peut-être incantatoire que les patients sont des gens « comme les autres ». Et pourtant, leur anormalité resurgit constamment dans les discours. L'anormalité ne signifie pas l'absence de normes et les professionnels ne disent pas que les patients addictés sont sans normes, sauf parfois lorsqu'ils sont intoxiqués. L'anormalité des dictionnaires et du sens commun est l'écart à la norme, la non-conformité. C'est l'anormalité « normale ». Mais l'anormalité de l'addicté peut se redoubler en une « anormalité de l'anormalité ». L'anormalité addictée n'est pas un écart à la norme mais, selon les propos d'un éducateur du CAARUD, une inversion radicale de la norme et elle peut induire un rapport de terreur réciproque. Cette anormalité radicale éloigne en effet encore plus le patient du soignant, au point parfois que l'appartenance à une même « espèce » est douteuse. Dans plusieurs discours, l'addicté devient un « étranger », une personne avec laquelle les soignants n'ont « fondamentalement rien en commun ». Dès lors, l'humanité même du patient devient incertaine, d'où peut-être la nécessité ponctuelle dans les entretiens de rappeler que les patients sont « humains ». De même que le clivage détermine certaines représentations de l'identité des soignants, il peut guider la perception que ces derniers ont des patients. Hors du genre humain, l'addicté peut entrer alors dans les catégories de sous-homme ou de surhomme, de démon ou d'ange, de monstre bestial ou de héros.

3. Le monstre et le héros

Des figures de monstre apparaissent dans les discours. Ce sont celles des « zombies », du « diable aux grandes dents », du « vampire », des « guerrier », mais aussi des « grande malades mentaux » et des « paranoïaques », des « prisonniers », des « enfants », des animaux indisciplinés et dangereux qu'il faut civiliser. Ces images sont le plus souvent projetées sur l'extérieur. Ce sont les autres, la société, qui pensent ça (« ceux qui ne connaissent pas »). Mais elles se rapprochent rapidement et on les trouve chez les proches des soignants, dans les familles des patients, chez les collègues, les étudiants en formation, chez les patients qui se les approprient sans grande difficulté (« des chiens »), et finalement chez les participants à l'étude eux-mêmes. Lorsque, dans les discours, les patients rejoignent ces figures, ils se mettent à ressembler étrangement aux bourreaux dont ils ont été victimes. Ils sont agressifs, violents, capables de s'en prendre aux plus faibles, manipulateurs, dépravés, hors de contrôle. Ils sont d'autant plus dangereux que des « altérations cognitives » troublent leur raison. Ils peuvent tuer (comme un soignant l'imagine de Lord Jim) et violer. S'il est assez discret dans les discours, le sexuel est un domaine majeur tant de l'expression de la monstruosité que de celle de l'héroïsme des patients (« le musicien »). Des figures de dérèglement sexuel émergent ainsi dans les trois centres : le violeur (CAARUD, CSAPA) et le « pédophile » (CHU). Au travers de ces figures, certains mouvements haineux des soignants à l'égard des patients se font jour.

Mais, lorsque les soignants ressentent de la honte pour ces mouvements de haine ou quand ils retrouvent un semblable chez le patient, leur discours s'inverse. C'est alors l'incroyable courage des addicts qui est souligné. Ils sont capables de supporter souffrance et douleur, d'élaborer des stratégies complexes et subtiles pour survivre (fût-ce au détriment des soignants) et de vivre des aventures dont aucun soignant ne peut rêver.

L'évocation de « Mohamed Ali » illustre l'ambivalence de la représentation du patient dans le discours des soignants. Son histoire n'est pas évoquée, mais d'après le contexte, on pense à une migration traumatique. C'est un patient qui a vécu des aventures et y a perdu une part de son humanité, celle qui lui permet de donner une valeur à sa parole et à celle de l'autre. Mais c'est sa dénomination qui est la plus

éclairante. Ce n'est bien entendu pas son vrai nom, mais le surnom que lui a attribué l'équipe ou qu'il s'est donné lui-même. Et celui-ci parle simultanément de la violence et de l'héroïsme, du changement d'identité et du choix d'être un étranger chez soi.

Certaines figures monstrueuses fascinent comme les zombies, ces non-vivants-non-morts auxquels ressemblent tellement certains patients dont on ne s'explique pas la survie, ou comme les « virtuoses de la manipulation ». Mais les figures héroïques suscitent de leur côté l'admiration des soignants. Celle-ci, lorsqu'elle ne tient pas à distance son objet, ce qui est souvent le cas, est plus propice à soutenir un mouvement d'empathie vis-à-vis des patients. Mais avant que la relation puisse trouver un socle qui lui rende ses potentialités thérapeutiques, elle connaît elle-même des aventures exaltantes et épuisantes.

La relation à l'épreuve

1. Les épreuves

Les liens qui se tissent entre soignants et patients sont constamment attaqués et se mesurent à leur capacité à surmonter ces épreuves. Il est difficile ici aussi de savoir si ces mises à l'épreuve sont le fait des patients, de l'environnement ou des soignants eux-mêmes.

La mort est évidemment l'épreuve ultime. Les patients sont vulnérables dans le champ social et dans leurs rapports avec leurs pairs, souvent malades et attaqués par leurs consommations. Ils peuvent mourir et tous les soignants en ont fait l'expérience. Comme le souligne l'histoire du « peintre », le deuil fait partie de la vie soignante. La mort menace d'ailleurs également les soignants eux-mêmes. L'anecdote de la chute du responsable du CAARUD le rappelle. Mais, dans le discours des professionnels, elle prend également des formes plus insidieuses mais tout aussi inquiétantes, celles de la mort psychique, des « détériorations cognitives », de l'intoxication mais surtout de l'épuisement de l'élan vital (« ils pensent plus, quoi »). Cette mort psychique, préfiguration de la mort physique, l'étrangeté en plus, apparaît tout aussi attaquante pour la relation. La violence aussi

est une attaque du lien. Malgré les tentatives initiales de dénégaration des soignants, elle semble omniprésente à la fois dans la société, dans la vie des addicts et dans l'espace commun aux professionnels et aux patients. Mais nous l'avons également observée au sein des équipes, dans les interactions entre nous, chercheurs, et les participants et jusque dans les mouvements qui ont animés notre propre groupe de recherche. La violence est attaquante, elle fait peur comme le disent volontiers certains soignants du CHU et du CSAPA ainsi que des patients. Elle provoque des ruptures, elle est difficile à contenir sauf au prix de dispositifs rigides, et s'avère épuisante dans la durée. Elle peut également susciter des expériences traumatiques comme dans le cas de l'agression directe subie par une psychologue du CSAPA. Enfin, le mensonge et le défaut de parole des addicts apparaissent pour les soignants comme une attaque du lien avec eux. Ils sont toutefois plus nuancés à ce sujet et font preuve d'analyses fines du problème. Ils peuvent comprendre, en rire ou en jouer, mais ils disent également qu'ils peuvent en être affectés et qu'ils sont régulièrement démunis face à ces paroles dont ils doutent ou qui leur semblent duplices. Ainsi certaines paroles non tenues et certains mensonges provoquent-ils des réactions violentes chez les soignants comme le raconte un éducateur du CAARUD.

Mort, violence et déception sont des épreuves pour tous les liens de la vie. Elles sont généralement traitées par les individus et la société de telle façon qu'elles n'envahissent pas l'espace psychique de chacun et le fonctionnement du collectif, et qu'elles n'entravent pas durablement la construction des liens entre sujets. Elles semblent pourtant ici difficiles à surmonter. On peut, avec les soignants et dans le champ de représentation du « singulier » et de l'« anormal », souligner qu'elles sont d'une fréquence et d'une intensité particulièrement élevées. Mais on peut également se demander si la configuration psychique dans laquelle se trouve les sujets soignants et leur groupe (et que nous rapprocherons bientôt du repli narcissique) ne les rend pas plus vulnérables à ces épreuves. Nous en voyons un indice dans un contenu stable et transversal des discours sur la mort, la violence, le mensonge et les paroles non tenues : le questionnement honteux des soignants sur leur participation, mais plus encore leur responsabilité, dans l'attaque des liens et ses éventuelles conséquences catastrophiques. Dans les trois centres, que leurs discours soient recueillis en dispositif individuel ou de groupe, les professionnels

évoquent le poids qui pèse sur leur conscience. Ce poids, très lié à leur sentiment de singularité est d'autant plus lourd pour eux que le « tiers » peine à les aider ou les soulager.

2. Le tiers défaillant

Le tiers est un « personnage » de la psychanalyse, mais il traduit une réalité largement entendue. Le tiers et « l'autre de l'autre », le « troisième terme », celui qui est présent sans être là, celui qui fait que « je ne suis jamais seul avec toi ». Le tiers est une fonction qui peut être portée par tout un chacun. Dans la configuration classique de l'Œdipe, c'est le parent de l'autre sexe qui est le tiers. Mais les frères et sœurs peuvent avoir cette fonction, tout comme l'enfant pour ses parents, l'ami... Ce tiers est symboliquement porteur de la loi et de ses interdits. Il est dans l'histoire, la culture, la société et ses institutions. Son rôle fondamental est de proscrire le meurtre et l'inceste et d'extraire le sujet de sa passion pour l'homéostasie.

Il semble que pour nos soignants, le tiers peine à jouer son rôle. L'« extérieur », qui est un domaine majeur du tiers, est quasiment invariablement perçu comme menaçant, accusateur, peu fiable, ignorant, malveillant... Cela touche à la fois le social et ses institutions, et les personnes proches des soignants. Ils ne peuvent pas compter sur l'extérieur et ne semblent trouver une compréhension que dans l'espace du groupe des pairs, des semblables. Ce groupe est très restreint puisque les soignants peinent à reconnaître des « frères » dans les professionnels d'autres institutions. Les semblables ne se trouvent que juste à côté. Notons qu'un fonctionnement de groupe nécessite un tiers et que celui-ci est généralement porté en premier lieu par l'institution, ses règles, ses mythes, ses visées. Or pour les soignants rencontrés, leur institution est soit très fragile et sapée dans ses bases (CAARUD), soit solide mais rigide, tyrannique et envahissante (CHU, CSAPA). La « singularité » des soignants revient ici encore un fois.

Avant d'envisager ce qui émerge des discours des soignants concernant leur rencontre avec les patients, il nous faut nous arrêter sur ce que nous avons déjà vu de leurs expériences. Le sentiment de « singularité », le clivage manifeste des affects et des représentations qui les habite, l'escamotage du tiers et la honte sont

des phénomènes qui se rattachent au domaine du narcissisme. Les soignants, en tant qu'ils appartiennent au commun des sujets adultes, ont appris à équilibrer leurs investissements d'amour d'eux-mêmes (narcissiques) et des autres (d'objet). La construction du narcissisme a occupé une part importante de leur vie d'enfant et est aujourd'hui fondamentale dans leur capacité à établir des liens satisfaisants avec les autres. Ils peuvent aimer parce qu'ils peuvent s'aimer, et ils peuvent supporter les aléas de la relation parce que, face au retrait ou à la restriction d'amour que ceux-ci opèrent, ils peuvent retrouver leurs positions narcissiques qui les soutiennent et les relancent. Mais d'après ce que nous disent les soignants, cela ne se passe pas comme ça pour eux dans le contexte du soin.

3. Le choc des narcissismes

La rencontre des patients et les épreuves qui jalonnent la relation provoquent chez les soignants des mouvements de repli narcissique. Nous en avons vu des manifestations dans le retrait autarcique et la dédifférenciation. De cette position, les sujets soignants et leurs groupes entrent dans la logique prédominante du « principe de plaisir ». Freud³⁷⁵ décrit ce dernier comme le substrat du fonctionnement psychique originaire : chercher la satisfaction et fuir le déplaisir, sans délai. Cela ne se traduit pas seulement en termes de comportements mais aussi d'économie psychique. Le « bon » est intériorisé et entre dans le capital narcissique du sujet et le « mauvais » est expulsé, projeté sur l'extérieur. Par un jeu secondaire de retour, ces projections s'intériorisent également et induisent un clivage du Moi en bon et mauvais dont nous avons déjà vu l'expression. Dans cette configuration du sujet et en l'absence de tiers opérant ou reconnu, l'autre apparaît comme tout puissant. Le sujet désire en être aimé et est subjugué par lui. Mais le moindre mouvement de retrait de celui-ci est ressenti comme un arrachement qui provoque douleur psychique, effondrement, mais également « rage narcissique » contre l'autre. En perte d'amour et amputé d'une part de son narcissisme investi dans l'autre, le sujet éprouve la honte d'avoir été délaissé, de n'avoir pas su garder l'objet et d'avoir provoqué son départ.

³⁷⁵ Sigmund Freud, *L'Interprétation du rêve*, Œuvres complètes V4 (1900) (Paris: Presses Universitaires de France - PUF, 2003).

Nous avons vu, au sujet des patients addictés, cette figure de l'autre toute-puissante dans sa bonté comme dans sa monstruosité. Notre dispositif et nos résultats ne nous permettent pas d'avoir une représentation de la « réalité » de qui sont les patients que rencontrent les professionnels mais on peut penser qu'ils ne correspondent pas exactement à l'image qu'en donnent les soignants. Ce que nous observons dans notre étude est la manière dont ces derniers perçoivent les addictés et comment ils se les représentent avant même de les rencontrer. En ce sens c'est plus à la relation fantasmée qu'à la relation réelle que nous avons affaire. Mais cela ne constitue pas pour nous un écueil majeur : d'une part parce que la relation fantasmée détermine la façon dont les soignants vont se positionner au moment de la rencontre face au patient, et poser par-là les bases de la rencontre réelle ; d'autre part parce que, attribuant au soignant le surcroît de responsabilité qu'implique son engagement dans une relation de soin, nous y voyons l'endroit où se noue une problématique éthique. La rencontre donc peut s'élancer sur des bases narcissiques. Elle va mettre en contact des sujets, soignants et patients, porteurs de clivages. Les investissements vont se faire sur la base de représentations de soi et de l'autre qui seront partielles et idéalisées (dans le bon, comme dans le mauvais). Chaque échange, réalisant une transaction, sera évalué en termes de bénéfice et de soustraction narcissique immédiats. Il n'est pas étonnant alors que des périodes d'exaltation pour les soignants alternent avec de moments d'abattement et de honte. Cette lecture permet également de comprendre le sentiment de confusion identitaire des soignants sous un autre angle, complémentaire de l'insuffisance d'enveloppe fournie par le mouvement addictologique. Les soignants confient une part de leur narcissisme aux patients. Il faut l'entendre dans les discours répétés de professionnels qui soulignent que sans les addictés et leurs difficultés, les soignants n'auraient pas de raison d'être. Il est même dit par la psychologue du CAARUD qu'ils en seraient « morts ». Ces mouvements psychiques des soignants vont engager ce que Mélanie Klein³⁷⁶ appelle une « identification projective ». Par celle-ci, ils vont reconnaître chez les patients des parties clivées d'eux-mêmes qu'ils vont, en même temps, soigner et détester. Mais cela va également leur donner une

³⁷⁶ Mélanie Klein, « Notes sur quelques mécanismes schizoïdes », in *Développements de la psychanalyse*, par Mélanie Klein et al., 4e édition (1946) (Paris: Presses Universitaires de France - PUF, 1980), 274-300.

perception plus floue de leurs propres limites et créer un état de confusion identitaire dont la symétrie des représentations dichotomiques, bons-mauvais, de soignants et de patients verbalisées par les professionnels rend bien compte. Dans cette économie de la relation, les patients vont chercher également leur bénéfice narcissique qui ne coïncidera pas nécessairement avec celui des soignants. De plus, rappelons-le, le patient « réel » n'est pas toujours celui que présentent les soignants de l'étude, et il n'est pas dit qu'il accepte de jouer un tel rôle. Enfin, la réalité est là où morts et accidents surviennent. Les « épreuves » dont nous avons parlé aboutissent donc régulièrement à des ruptures partielles ou totales du lien. Mais la mise en présence de plusieurs individus dans ce contexte ne se résume pas à une confrontation narcissique. Elle crée également une atmosphère incestuelle. En effet, en l'absence de tiers efficace et dans la confusion des générations et des sexes induite par la régression narcissique, l'interdit fondamental de l'inceste se trouve affaibli. Si cette incestualité qui infiltre les relations est source de jouissance pour les individus, elle est également cause de honte, de confusion et d'effroi. Il est évident qu'elle aboutit très rarement à un passage à l'acte incestueux (ici une relation sexuelle entre soignant et patient), mais elle donne souvent lieu à des *actings* déviés (changement de traitement inutile, décision d'exclusion, somatisation...).

On comprendra que dans cette configuration psychique, les soignants en conçoivent dépit et douleur et que, dans certains cas, cela amène à des effondrements dépressifs, des somatisations ou des passages à l'acte (essentiellement symboliques) sur les patients, tout ce qu'un regard descriptif rassemble sous le terme de *burnout*.

Mais, fidèles à nos conceptions de la relation de soin, nous devons également envisager ce qui se déroule du point de vue du groupe soignant et de l'institution. Piera Aulagnier³⁷⁷ nous fournit ici un concept précieux, celui de « contrat narcissique ». Puisque nous restons dans le domaine du narcissisme, et pour ne pas trop nous inquiéter du regard porté ici sur les soignants, rappelons que les investissements narcissiques et les positions qu'ils entraînent ne sont pas pathologiques en soi. Ils sont indispensables au développement de tout sujet et

³⁷⁷ Piera Aulagnier, *La violence de l'interprétation*, 7e édition (1975) (Paris: Presses Universitaires de France - PUF, 2003).

jouent un rôle constant dans notre vie quotidienne, mais à certaines conditions sur lesquelles nous reviendrons, qui les subordonnent au principe de réalité et à la relation à l'autre. Ce qui nous semble remarquable ici est que, dans certains moments de la relation qui paraissent assez fréquents, ces conditions ne sont pas réunies, les investissements des soignants régressant alors en partie à un niveau de fonctionnement originnaire dominé par l'économie narcissique. Nous le verrons, cet état n'est pas définitif ni permanent. Mais nous devons pour l'heure poursuivre son exploration. Le « contrat narcissique » donc unit tout sujet, au travers de ses parents d'abord, au groupe social. L'enfant demande qui il est. Il est en quête de savoir sur ses origines et sa destination. En tant que sujet social, ce savoir lui est fourni par le groupe social et ses mythes propres. Les parents qui se font alors porte-paroles de leur groupe social transmettent ces mythes à leur enfant, sauf s'ils sont en rupture ou en décalage par rapport au groupe. En grandissant, l'enfant va entendre d'autres voix du groupe lui parler de ces mythes et lui proposer une place au sein du groupe, hors de sa famille. Le contrat narcissique est finalement conclu en ces termes :

- Je m'engage à ne pas remettre en cause les mythes du groupe social et à les répéter ; à prendre la place dans le groupe d'un autre qui est mort, permettant ainsi sa pérennité.
- En retour, le groupe me reconnaît en tant que membre à part entière et me permet d'y investir une part de moi, me laissant rêver à une immortalité correspondant à la pérennité du groupe.

Nous l'avons vu dans l'exposé des paradigmes du soin en addictologie, l'accession à une condition d'autonomie inscrite dans le social est une visée centrale et commune de celui-ci (seules les définitions de l'autonomie et du social diffèrent selon le paradigme). Il s'agit métaphoriquement d'accompagner le patient vers la signature d'un contrat narcissique. Il doit accepter de s'approprier un discours sur ses origines d'addicté (l'aliénation sociale, la maladie du cerveau, les traces du passé) pour gagner dans le groupe (des individus sociaux, des addicts en rémission, des sujets de l'inconscient) une autonomie (réinsertion-émancipation, abstinence, réconciliation avec le passé). Mais nous avons vu que les institutions et les soignants qui les habitent ne se positionnent plus très facilement par rapport aux paradigmes historiques, et qu'en tant que « parents », ils peinent à se situer par rapport à leur « groupe social » d'origine et à se rattacher au nouveau groupe qui se

constitue. Dans ces conditions, nous comprenons qu'il devienne délicat de transmettre un discours clair et satisfaisant aux patients sur leur destination et que ceux-ci, comme les soignants se trouvent plongés dans une certaine confusion quant à leur identité. Mais cela ne constitue pas l'unique problème. En effet, lorsqu'il n'est pas possible de signer le contrat narcissique, les choses restent « en famille ». Le sujet demeure dépendant du discours parental et ce dans des liens très rigides. C'est ce que René Kaës³⁷⁸ décrit sous le concept de « pacte narcissique ». Si le contrat implique négociation et échange équilibré, le pacte est scellé et arbitraire. Kaës l'a développé pour analyser des modalités particulières de fonctionnement d'institutions de soin, mais nous pouvons l'étendre au contexte groupal de la relation de soin. Le pacte narcissique assigne une place fixe au sein du groupe restreint et non pas une place aménagée dans le groupe social. Le sujet y est inscrit dans des relations de soumission-domination qui peuvent durer indéfiniment. Certains discours de soignants soulignent ces liens rigides et tyranniques (dont il est dit : « je ne sais pas si c'est la solution ») qui peuvent s'installer entre eux et les patients. En effet, le dominant du pacte n'est pas toujours le même et, entre addicts et professionnels, les positions peuvent alterner. Si l'on suit la pensée de Kaës, le pacte ne se scelle pas entre deux individus mais entre le patient et le groupe restreint de l'équipe. Mais le plus souvent, c'est un membre de celui-ci, généralement le soignant « référent », qui est mandaté pour le porter. Nous pouvons songer ici au patient évoqué par plusieurs membres de l'équipe du CHU et dont les investissements différentiels et clivants, et les mouvements de maîtrise et de soumission sont soulignés. Le pacte narcissique installe chacun dans des liens de dépendance fondamentale respective dont les différentes issues sont également redoutables. Si le pacte est tenu, nous l'avons dit, l'économie des liens est le régime de la domination et de l'emprise. Si le pacte est refusé ou rompu, les bases narcissiques du groupe sont gravement ébranlées et face à la menace d'anéantissement, il choisira logiquement d'éjecter la source du danger, en l'occurrence le patient. Cela peut rendre compte d'issues malheureuses de la relation de soin que les soignants redoutent mais agissent : l'emprise et l'abandon.

³⁷⁸ René Kaës, *Les alliances inconscientes* (Paris: Dunod, 2009).

Le film « le jour du vin et des roses » cité par des soignants du CHU illustre de tels liens, et leurs conséquences, entre un homme et une femme, amants et buveurs.

4. La défiance et ses pratiques

Le défaut d'enveloppe et le repli narcissique ne laissent donc pas beaucoup de place à la confiance. Dans ce contexte, l'évocation même de cette dernière provoque un singulier malentendu. Alors que nous l'interrogeons dans le cadre d'une relation d'objet, les soignants l'entendent et répondent d'abord dans le registre narcissique. Dans celui-ci la confiance est un « abandon de souveraineté » une capitulation. La part de soi en l'autre est laissée à l'exercice de sa toute-puissance et de son arbitraire. Les professionnels le disent aussi bien des patients que d'eux-mêmes. Faire confiance revient à courir le risque quasi certain de devoir se couper un membre. Tous en ont fait l'expérience et ne sont pas prêts à la renouveler (« ils ont connu des milliers d'échecs »). Ils l'ont vécue avec leurs proches et avec certaines institutions de la société (« la morale », « le religieux »)³⁷⁹. Il n'est donc pas étonnant que dans l'étude EthNaA, les professionnels aient eu tant de difficulté à reconnaître dans la confiance une notion pertinente pour le soin. Ils ont cherché par de nombreux moyens à la sortir du champ de la relation. Il est d'ailleurs intéressant de voir qu'alors, certains soignants (notamment au CAARUD et au CHU) semblent avoir perçu le régime à dominance narcissique de leurs liens avec les patients en soulignant que la confiance était une notion qui ne pouvait s'appliquer qu'aux « gens qu'on aime » et s'interrogeant alors sur ce qui pouvait les relier aux patients. La confiance ensuite n'a cessé de « hanter » les discours et c'est son opposé, la défiance, qui est venue au premier plan. Soulignant les nombreuses raisons qu'ils ont de ne pas faire confiance aux patients (essentiellement du fait du pouvoir des produits, des mensonges et des promesses non tenues des patients), ils se révèlent méfiants et très prudents quant à leurs engagements. Ils pensent d'ailleurs qu'il en va de même pour les addicts, ce que les quelques patients de l'étude ne semblent pas confirmer. Cette défiance des soignant est, comme nous l'avons souligné, liée fortement (mais pas

³⁷⁹ Cette défiance vis-à-vis des mythes collectifs éclaire de nouveau la réticence que chacun, dans ce contexte du soin, peut avoir à s'engager dans un contrat narcissique authentique.

exclusivement, nous le verrons plus tard) à l'économie narcissique de leur relation avec les patients. Nous avons vu à quelles menaces les soignants étaient soumis et il est compréhensible, dans ce contexte, que certaines expressions de défiance prennent des formes extrêmes comme au CAARUD où « il ne faut faire confiance à personne » et se méfier d'autant plus de « ceux qui ont l'air un peu trop soft » et où les soignants peuvent devenir des « fascistes ».

La défiance s'étaye sur de nombreuses projections que nous avons déjà détaillées. Au niveau groupal, celles-ci entraînent des mouvements de collusion et d'attaque des éléments mauvais. Nous en avons fait les frais au cours des entretiens de terrain mais avons pu également percevoir nos propres mouvements de défiance au sein du groupe et à l'égard des équipes. Dans le discours des professionnels, il nous semble que la défiance prend une place importante dans la vie des groupes et dans leur organisation. Elle est visible notamment au travers des « pratiques de défiance » comme la réalisation de tests biologiques, tests urinaires et éthylo-tests, pour vérifier les déclarations des patients, l'utilisation de « contrats de soin » parfois rigides ou la sélection des patients. La défiance se loge dans de multiples autres dispositifs, mais c'est là qu'elle est le plus visible. Au point qu'elle est rendue consciente pour de nombreux soignants des trois centres qui s'inquiètent du caractère « arbitraire », « policier » et « totalitaire » que peuvent revêtir les pratiques de défiance.

Nous décrivons ici une situation extrêmement problématique pour la relation de soin, ses qualités éthiques et cliniques, sa possibilité même. Mais cet état n'est manifestement pas permanent. Les équipes que nous avons rencontrées soignent, sont réputées pour cela, et fréquentées par de nombreux patients. Et dans nos relations avec eux, nous avons été également enthousiasmés et admiratifs pour ce qu'ils pouvaient mettre en œuvre auprès des patients. Les soignants nous disent comment ils se sortent de ces difficultés.

La rencontre et le soin malgré tout

Durant nos entretiens avec eux, les soignants nous ont fait part spontanément d'émotions qu'ils ressentent au contact des patients : empathie, affection et amour. Les éprouver suppose d'avoir pu sortir de l'état de repli narcissique que nous avons

décrit et d'avoir investi ce que la psychanalyse appelle la relation d'objet. Cela signifie que les soignants ont pu « se ressaisir », retrouver en eux, ensemble et avec les patients, les moyens de rejoindre un niveau d'intégration psychique plus élevé qui leur permet de sortir de la confusion sur leur identité, de reconnaître le patient comme sujet et de sentir la présence du tiers. Ici pour nous se rejoignent éthique et clinique, la trilogie de l'homme capable de Ricoeur rencontrant la triade œdipienne. Nous reprendrons donc ce rythme ternaire pour rendre compte des discours des soignants sur ce qui les aide à entrer en lien avec les patients.

1. Une restauration de la subjectivité

Les soignants énoncent spontanément l'importance de « prendre du recul » pour savoir « où on en est » et de cultiver un regard réflexif sur soi, sur ses motivations à soigner dans le champ des addictions. C'est nécessaire pour ne pas « se soigner » sur le dos des patients, pour ne pas leur imposer des objectifs qui sont en réalité ceux des soignants, et pour simplement se sentir à la bonne place. Plusieurs soignants évoquent leur recours à des psychothérapeutes qu'ils consultent personnellement. Ceux-ci les aident à se positionner auprès des patients avec moins de difficulté et plus de justesse, mais également les soignent. En effet la dimension de souffrance des soignants est évoquée à plusieurs reprises. Elle est généralement mise en lien avec le poids que fait peser sur eux le travail avec les patients mais également, plus rarement et plus discrètement, avec l'histoire personnelle du soignant. Le recours au psychothérapeute vise alors plus un soin psychique qu'une supervision.

Ce soin de soi permet de conserver une certaine distance avec l'urgence et l'intensité qui caractérise l'exercice soignant en addictologie. Ils se décrivent alors comme « prudents » et « mesurés » et cela leur permet d'entrer dans un jeu d'équilibres complexes et dynamiques que nécessite le soin. Il leur faut à la fois s'engager et se retenir, prendre des risques et se protéger, montrer qu'on se soucie mais ne pas faire peur. Un figure de l'autre, différent mais à portée de main, le prochain, réapparaît alors.

2. Une reconnaissance de l'autre

Cet autre différent et distinct n'est toutefois pas évident à voir dans les discours, tant les figures idéalisées sont aveuglantes. Mais il apparaît cependant à chaque fois que le patient est évoqué en des termes plus ambivalents et plus complexes. Il devient alors moins « anormal », plus médiocrement normal. Ses conduites, même misérables, redeviennent compréhensibles et sont parfois touchantes. Nous n'entendons pas dans les discours de phrase du type : « finalement, on ne sait pas vraiment ce qu'ils pensent » mais le doute émerge tout de même quand les soignants se demandent comment les patients les regardent en retour. Cette question de la réciprocité fait renaître le sujet de l'autre : « je ne sais pas si ils nous font confiance » et redonne du sens à l'expression de Ricœur qui illustre le temps du *tu* : « comme moi, *tu* dis *je* ». Ces autres reconnus deviennent très présents lorsque les soignants s'identifient aux Malais du village de la jungle qui accueillent Jim et lui donnent un titre. Ils les sont également dans les histoires que les soignants racontent, notamment, « le frère », « la petite mémère » et « le musicien ».

3. Une requalification du tiers

Mais c'est peut-être du côté du tiers que se tourne avec le plus d'urgence le regard des soignants. Il est cherché en soi, par le mouvement réflexif, mais aussi dans la formation et l'équipement théorique. Cette nécessité de pouvoir se référer à un savoir pour agir avec justesse est une constante dans les différents lieux de soin de l'étude. Être habité de ses liens avec sa famille et ses proches, mais aussi de ses hobbies et de différentes sources de plaisir et d'épanouissement, est également important aux yeux de soignants. Le temps est un tiers indispensable à réintégrer dans le soin et la relation. C'est le temps qu'il faut savoir prendre, celui qu'il faut laisser au patient. C'est une temporalité qui est longue et lente et qui peut être faite d'autre chose que de circularité et de répétition. C'est ce temps que l'institution doit ménager. Le tiers se trouve également chez les autres soignants de l'équipe dont il est attendu solidarité, vigilance et souci, mais aussi critique, discussion, franchise et règles. L'équipe semble un lieu privilégié pour de nombreux soignants. On peut s'y détendre, y rire, discuter de tout et de rien mais aussi des difficultés relationnelles et

de problèmes techniques, s'enrichir mutuellement, mais tout cela à la condition que le groupe ne fonctionne pas selon les modalités précédemment décrites mais laisse une place à la problématisation et au conflit tout en se référant à l'institution. Cette dernière est une instance tierce particulièrement importante pour les soignants qui, en dénonçant ses défauts ou en lui reconnaissant des qualités, attendent d'elle qu'elle leur fournisse un cadre soutenant leur identité, les protégeant de la violence et de l'inceste, et qu'elle leur assigne une place délimitée. Les professionnels du CHU et du CAARUD investissent fortement l'institution comme tiers alors que ceux du CSAPA se tournent plus clairement vers la formation. Mais tous sont en quête d'un tiers au-delà des limites de l'institution. Ainsi font-ils part de leurs espoirs de voir le mouvement addictologique se développer et influencer le discours du corps social. Ils pourraient alors compter sur des tiers bienveillants dans le champ addictologique et au-delà, chez leurs proches, dans le discours de sens commun et les différentes institutions sociales. Enfin, de manière très pratique, ils soulignent l'importance de laisser entrer un regard résolument extérieur qui constitue une véritable intervention tierce. C'est le superviseur qui apparaît ici indispensable.

4. L'amour d'objet et la confiance

Dans ces conditions, c'est une configuration ternaire qui se rétablit dans la relation. Dans cette position plus classiquement œdipienne, le narcissisme, ici celui des soignants, dialogue et se met au service de l'investissement d'objet, de l'autre, du patient. La relation à l'autre trouve alors sa maturité. Elle s'appuie sur un narcissisme consolé, regarde l'autre comme un sujet propre et reconnaît la loi du tiers. Dans cette perspective psychanalytique, c'est l'amour adulte qui sert de paradigme à la relation d'objet. C'est dans cet amour que se réalise une relation à l'autre source de plaisir pour chacun, respectueuse des interdits fondamentaux du meurtre et de l'inceste et, en s'inscrivant dans la temporalité finie de l'existence, s'ouvre vers la collectivité et la descendance. Il n'est pas très courant de parler d'amour en ce qui concerne les relations entre soignants et patients (si ce n'est dans une phantasmatique collective clivée entre romantisme et pornographie), mais il apparaît pourtant de manière latente dans les discours. La sexualité étant un interdit implicite du soin, les formes d'amour « inhibées quant à leur but sexuel » que sont

l'amitié, l'amour filial et l'amour paternel sont les plus souvent abordées. Elles ont également été éprouvées à divers moments de nos relations avec les professionnels et patients participant à l'étude. Toutefois, la sexualité n'est pas absente des discours. Elle est mentionnée principalement en lien avec les histoires personnelles des patients, et est généralement effracte et traumatique. C'est le cas par exemple dans plusieurs récits du CSAPA autour de problématiques familiales, mais également au CAARUD et au CHU, ainsi que dans des discours de patients. Elle revient cependant parfois de manière plus équivoque lorsqu'il s'agit de Jim et de ses rencontres imaginées dans la jungle, ou dans l'histoire du « musicien ». Le désir apparaît dans les discours, laissant suspendue la question de sa réalisation, entre inhibition et transgression. Mais le plus souvent donc, c'est d'amitié qu'il s'agit. L'amitié est ce qui marque la rencontre entre Jim et les Malais. Elle est faite d'intérêt, de curiosité, de respect, de nomination et de suspension du jugement moral. La différence de Jim est ressentie mais plutôt que dégoût et rejet, elle provoque un mouvement des Malais vers lui. Ils le reconnaissent comme l'un des leurs, bien que différent, et lui donnent une place. Il y a là une certaine représentation imaginaire du rôle que les professionnels donnent à leur institution. Un lieu où les personnes addictées, en errance réelle ou symbolique, rejetés par la société et parfois leurs proches, peuvent être accueillis. Les soignants-Malais les reçoivent avec bienveillance et intérêt (« on apprend beaucoup avec eux »). Comme on ne juge pas l'ami, les professionnels ne portent pas de jugement sur les patients. Ils le répètent à de nombreuses reprises, au point que cela apparaît comme un point pivot du soin. De même que ne pas juger Jim, quelles que soient les raisons de sa fuite, constitue le seul moyen de lui offrir un répit et d'entrer dans son histoire, ne pas juger les patients est essentiel pour pouvoir entrer en relation avec eux. Mais l'absence de jugement moral ne constitue pas qu'un slogan des soignants, elle apparaît dans les discours « compréhensifs » vis-à-vis des conduites plus ou moins transgressives des patients. La violence, le mensonge, la faiblesse de volonté peuvent être renversés, les soignants offrant ainsi aux patients une chance de refonder différemment leurs actions dans le soin. Si la relation se situe à un niveau moins élaboré, mettant en jeu alors plutôt la sécurité narcissique des soignant que leur désir de la différence, cette indulgence peut correspondre à de la connivence, de la fascination et de l'envie à l'égard des attitudes transgressives des patients.

Mais à ce niveau plus intégré de la relation, elle est liée au pardon. Il est probable que cette interprétation serait dans un premier temps refusée vigoureusement par les soignants, mais le pardon apparaît en filigrane de nombreux discours. En effet, si les soignants ne jugent pas a priori les patients, ils ont à souffrir de certaines de leurs conduites. Ils en conçoivent de la peur, de la déception, de la désorientation, de la fatigue, du découragement mais insistent sur la nécessité de dépasser ces affects pour soigner (« c'est pas grave, on continue »). L'amitié peut ainsi durer. Mais il s'agit parfois plutôt d'amour filial ou parental. La position filiale émerge lorsque les soignants parlent des patients comme de ceux qui sont leur origine (« sans eux, on n'existerait pas »), qui leur permettent de vivre et à l'égard desquels ils sont endettés. Les patients constituent parfois également des parents négligents et maltraitants pour les professionnels. Mais c'est plus souvent en position parentale que se décrivent les soignants. La bienveillance et l'indulgence qu'ils exigent d'eux-mêmes, leur constance dans l'accompagnement qu'ils trouvent eux-mêmes parfois excessive, leur préoccupation pour l'avenir des patients leur font prendre des positions parentales qui se retrouvent parfois en concurrence avec les familles réelles des addicts, souvent perçues comme incompetentes. Les soignants ne confondent pas amour et soin, et le métier de soignants, dans leurs discours, ne se superpose pas aux figures de l'ami, de l'amant, du parent ou de l'enfant, mais ils parlent, avec ce qui ressemble parfois à de la perplexité, de nombreuses zones de recouvrement. Et ils se voient volontiers comme un village malais, lieu de la dernière chance (« si nous ne leur faisons pas confiance, qui le fera ? »).

À la faveur de cette nouvelle rencontre avec les patients, la confiance, d'abord rejetée puis apparue comme impossible, revient au cœur de l'échange entre acteurs du soin. Elle devient ici, dans le discours des soignants, une condition indispensable à la rencontre et au soin. La confiance se révèle nécessaire pour soutenir la parole des patients, pour leur permettre de raconter leur histoire, leur quotidien et de s'engager dans un mouvement de changement existentiel. La confiance devient l'ambition du soin, c'est par elle que, dans la relation, un mouvement va s'engager. Pour certains soignants, la confiance demeure une prise de risque difficilement tolérable, et, dans le jeu de contraintes mutuelles qu'elle est alors réputée impliquer, la confiance réciproque est exigée. Les patients doivent s'exposer autant que les soignants dans une logique d'équilibre dissuasif. Mais dans la plupart des discours

à ce stade, le professionnel considère que le risque doit en premier lieu être assumé par lui. C'est lui qui est en position d'apporter une aide, lui qui la propose aux personnes addictées. La confiance ne saurait être attendue de gens à qui il n'a jamais été fait confiance et qui n'ont jamais pu faire confiance, et se sont confrontés à de multiples déceptions. Le soignant doit donc être capable de prendre du recul face aux conduites et aux histoires des patients. Il doit aussi s'engager fortement et faire des efforts pour gagner la confiance des patients. C'est par sa présence, sa constance, sa patience et sa manière d'organiser l'accueil et les soins qu'il se montrera fiable. Ici, il se doit d'être fiable et confiant. Dans une logique proche de celle du courant philosophique « analytique », les professionnels estiment qu'il est préférable de miser sur la confiance pour des raisons d'efficacité mais aussi de valeur morale de leurs actions dans le soin. Mais la dialectique liaison/déliaison qui est au cœur de la confiance n'est pas négligée par les soignants participant à l'étude. La promesse est d'abord inquiétante pour ces derniers, qu'elle soit faite par eux ou par les patients. Elle apparaît précisément comme un acte de liaison radical, aucun moyen de déliaison n'étant envisageable mais cette perception évolue avec l'entrée dans la relation d'objet et la confiance corolaire. La promesse devient progressivement un phénomène « normal », inhérent à la relation. Les soignants reconnaissent dans leur simple présence une promesse. Ils en voient aussi de multiples dans leur offre de soin. Mais ils se rappellent la nécessité de mesurer ces promesses, de ne pas trop en faire, au risque de s'immobiliser soi-même et d'entraîner le patient dans une logique de liaison insoutenable. Au contraire, les soignants semblent chercher des sources potentielles de mesure de l'engagement et de déliaison au bénéfice de chacun des acteurs de la relation.

5. Le soin

Dans ce contexte relationnel où confiance et promesse sont réinvesties, l'idée d'un soin des addictions dans le discours des professionnels devient nette. Le soin est un « faire avec » et un « faire au-delà ». Dès lors que le soignant se reconnaît un droit de prendre soin de lui-même en se formant, en se construisant une théorie, en s'interrogeant sur lui-même, ses motivations et son rapport propre aux addictions et en se préservant une vie personnelle riche ; dès lors qu'il entre dans la relation

d'objet avec le patient, qu'il le reconnait comme sujet qu'il n'utilisera pas à ses propres fins et qui revendique des raisons d'agir, et dès lors qu'il se réfère au tiers extérieur, celui de l'affiliation théorique, des figures de références, du groupe des soignants, de l'institution, des proches des patients et de sa propre famille et plus largement de la loi et de la société, il peut penser un soin de l'autre addicté dans toute sa complexité. Celle-ci n'est plus paralysante mais stimulante. Il peut également se sentir plus légitime à sa place, et plus compétent. Ses doutes sur son identité s'allègent et il se sent mieux dans sa peau-enveloppe de soignant. L'expérience commune du soignant et du patient est moins aventureuse et mieux balisée. Les conduites transgressives et agressives des patients deviennent moins puissantes et atteignent moins le narcissisme des soignants. Ils sont moins douloureusement affectés et peuvent regarder ces interactions problématiques comme des objets cliniques, ou les inscrire dans un « jeu ». Ils se découvrent une capacité de distanciation au travers de l'analyse clinique et de la mise en scène ludique. Avec Winnicott³⁸⁰, nous pourrions parler d'une nouvelle « transitionnalité ». La théorie et le jeu créent ici des « espaces transitionnels » entre soignants et patients, des zones intermédiaires investies par les deux parties et qui débouchent sur des créations, des idées nouvelles, des nouveaux récits. Ici apparaît une dimension intéressante, celle de la créativité. Dans ce contexte relationnel capable de supporter la complexité du soin addictologique, les soignants reconnaissent l'importance d'innover, d'inventer un soin différent de celui qui est habituellement pratiqué dans les sociétés occidentales. Dans cette perspective, le tiers collectif et social est particulièrement sollicité. Il est attendu de lui un nouveau « contrat narcissique » permettant aux soignants de travailler dans une cohérence et une continuité avec les corps social. Il prend une forme concrète intéressante dans les discours sur l'intérêt des contrats de soin à faire signer (réellement ou symboliquement) aux patients. Lorsque les soignants se « réconcilient » avec le groupe social, ils peuvent penser ces engagements réciproques – accompagner les patients et être constant de leur côté, investir une confiance en eux du côté des patients – comme des outils d'émancipation des patients. Comme objectif du soin,

³⁸⁰ Winnicott, *Jeu et réalité : l'espace potentiel*. op.cit.

l'émancipation se réfère à la dépendance tant aux produits qu'aux soignants, aux proches ou aux productions sociales aliénantes.

Conclusion

Au fil des discours de soignants recueillis dans le cadre du dispositif EthNaA, s'est dessiné un parcours emmenant la relation de soin de la défiance jusqu'à l'amour pour permettre l'innovation soignante et l'émancipation des patients. Une théorie du soin avec ses enjeux éthiques et cliniques a été posée. Traversant des états douloureux et jubilatoires de repli narcissique, tour à tour effrayés et fascinés par les figures qu'ils reconnaissent chez les patients, vivant aventures et épreuves dans la relation, les soignants parviennent finalement à trouver des ressources en eux-mêmes, chez le patient et auprès des diverses fonctions tierces pour refonder un soin vivant et original. Il nous faut toutefois observer que cette présentation linéaire, pour satisfaisante et réjouissante qu'elle soit, masque une certaine circularité. Celle-ci s'observe dans des retours à des positions de fragilité identitaire remettant périodiquement en cause les fondements du soin. Si ces mouvements n'ont rien d'anormal en soi, ils peuvent devenir problématiques par leur fréquence et leur intensité, ainsi que par les actes auxquels ils peuvent donner lieu. Le ressaisissement des soignants se révèle effectivement fragile. Le soin de soi qu'ils jugent nécessaire se heurte aux difficultés concrètes de trouver du temps et de moyens pour s'y consacrer. Mais surtout, il semble hésitant et recèle une contradiction entre engagement et circonspection, entre préoccupation pour soi et préoccupation pour l'autre. D'un autre côté, le recours au tiers est investi par les soignants et chacun sait où le trouver. Pourtant les réponses de celui-ci semblent toujours insatisfaisantes. Il n'est jamais assez présent. La reconnaissance du patient, en tant qu'autre différent, demeure donc fragile. Malgré les efforts considérables des soignants, et leurs indéniables réussites, la relation de soin est toujours très vulnérable.

Nous nous sommes placé d'abord dans une posture d'observateur et de narrateur du récit des autres soignants. Cette position relativement confortable³⁸¹ nous a permis de décrire des états très problématiques de la relation de soin chez les soignants en addictologie et de présenter de manière critique leurs tentatives de s'en dégager. Mais, puisque nous sommes engagé dans une réflexion sur l'éthique du soin, il ne nous est pas permis de maintenir plus longtemps cette distance « ethnographique ». La relation de soin n'est effectivement pas uniquement pour nous un objet d'étude. Nous rencontrons des patients tous les jours et partageons cette expérience avec les professionnels d'EthNaA. Nous devons donc maintenant présenter cette expérience telle que nous la vivons. Nous pourrions alors espérer avoir décrit de manière complexe sinon complète l'aventure relationnelle avec les patients addicts. Nous serons également en meilleure position pour discuter la théorie du soin présentée dans cette troisième partie.

³⁸¹ Rappelons que notre positionnement méthodologique nous a largement exposés aux aventures relationnelles avec les participants de l'étude !

QUATRIÈME PARTIE —

La théorie à l'épreuve subjective (expérience personnelle du soin en addictologie)

Après avoir présenté le contexte social, clinique et moral dans lequel s'inscrit la relation de soin, après l'avoir abordée au travers de la littérature scientifique internationale et des résultats de l'étude EthNaA, et en avoir établi une première théorie, il est temps pour nous de faire état de notre propre expérience de la rencontre avec ce champ singulier du soin, avec les équipes qui l'animent et avec les patients. Nous revendiquons ici la subjectivité de notre discours et faisons le choix d'abandonner provisoirement le mode impersonnel académique. Nous écrivons donc ici en première personne.

Ma rencontre avec le champ de l'addictologie et les patients

Je suis arrivé dans le service de psychopathologie de l'hôpital Avicenne de Bobigny en juillet 2007 pour y prendre mon premier poste de Praticien Hospitalier. Auparavant, j'avais été Assistant Spécialiste durant quatre ans en psychiatrie de secteur à l'hôpital Sainte-Anne à Paris. Je connaissais déjà le service de psychopathologie d'Avicenne où j'avais effectué un semestre d'internat. Ce stage était le dernier avant la soutenance de ma thèse de médecine et de mon mémoire de spécialisation en psychiatrie. Cette expérience m'avait marqué de manière assez complexe. Le service dirigé alors par le Pr Marie Rose Moro défendait un travail clinique intelligent et militant, tourné vers l'autre, différent et souffrant. Créé originellement par Serge Lebovici, pédopsychiatre et psychanalyste, le service proposait (et propose toujours) des soins aux enfants et aux adolescents en difficultés psychiques mais également aux adultes, dans des activités de psychiatrie d'urgence, de liaison sur l'hôpital général, d'addictologie et de soin du psychotraumatisme. En plus d'être l'un des rares lieux hospitalo-universitaires dont l'approche clinique reposait sur les théories psychodynamiques, le service avait développé une pratique de psychiatrie transculturelle (ou ethnopsychiatrie) à partir des travaux de Georges Devereux, de Tobie Nathan et de Marie Rose Moro. Aussi, lorsque j'y suis arrivé comme interne, j'ai été frappé par l'atmosphère d'empathie, d'enthousiasme, de militantisme et d'émulation intellectuelle qui y régnait. J'avais déjà eu de très bonnes expériences au cours de mon internat, mais je n'avais ressenti nulle part une telle intensité et une telle complexité dans le regard porté sur l'autre en souffrance. J'y découvrais aussi qu'on pouvait faire de la recherche clinique en lien avec les sciences humaines. J'y voyais un lieu idéal dont je n'avais pas même osé rêver ! Pourtant, je ne m'y suis pas senti bien. Mon activité clinique consistait principalement en consultations auprès d'enfants présentant des difficultés psychiques plus ou moins graves, et elle m'était pénible. Après trois mois plutôt difficiles, il m'a été proposé de rejoindre l'Equipe de Coordination et d'Intervention auprès des Malades Usagers de Drogues (ECIMUD) qui était rattachée au service. J'ai pu me sentir plus tranquille et mieux travailler dans cette

petite équipe de quatre personnes qui opérait à distance du « cœur » du service, auprès de patients toxicomanes. En repensant à ces difficultés dix ans plus tard, il me semble qu'il n'y avait alors pas eu de rencontre possible entre moi et les membres de l'équipe du service (à une exception près). La confrontation aux enfants souffrants et la clinique psychanalytique ont réveillé en moi des fantasmes infantiles, longtemps refoulés, de relégation. Il est probable alors que je cherchais moins à rencontrer les professionnels et les patients qu'à me faire reconnaître de l'« esprit » du service, une figure que j'idéalisais et qui était incarnée en premier lieu par la chef du service, le Pr Moro. Je percevais cet esprit distant, comme une figure parentale qui échappe, malgré les efforts que je pensais produire pour m'en faire reconnaître. Dans ce fantasme inconscient, les autres professionnels, les jeunes médecins en particulier, m'apparaissaient comme des rivaux qui avaient réussi à être reconnus et aimés et dont la présence (et la compétence brillante) me privait de cet amour. J'étais ainsi assez isolé et déprimé et, alors que j'attendais un fort enrichissement de mon expérience nouvelle de la clinique pédopsychiatrique et psychanalytique, je me sentais très fragilisé au plan de mon identité. Comme je le soulignerai plus loin, ce qui se passait alors pour moi dans le service était lié à mon histoire personnelle, et en particulier à mes expériences de petit enfant. Bien que je consultais déjà régulièrement une psychanalyste, ce que je pouvais voir chez les enfants que je rencontrais dans le service et dans leurs symptômes était alors douloureux pour moi. Mon changement d'activité clinique au cours du semestre a donc été un soulagement. Un peu à distance du cœur du service, comme je l'ai dit, les relations avec les autres étaient plus faciles. Le Pr Moro qui me voyait en difficulté dans la clinique pédopsychiatrique, avait demandé au Dr Olivier Taïeb de m'accueillir à l'ECIMUD. Je me suis senti très bien accueilli par l'équipe. Je pense qu'elle avait une grande confiance dans les choix de son responsable. Mais il est également très probable qu'elle ait partagé avec moi ce fantasme d'être un enfant relégué du fait d'abord de son objet clinique, les adultes toxicomanes, et de son lieu d'activité excentré par rapport au reste du service.

En 2007, un poste de Praticien Hospitalier a été créé à Avicenne pour l'activité d'addictologie, et le Pr Moro et le Dr Taïeb me l'ont proposé. Je finissais ma quatrième année d'assistantat au secteur 18 à Sainte-Anne. Cette pratique de la psychiatrie me plaisait, même si une certaine lourdeur institutionnelle et un flou

théorique y régnaient. J'avais passé le concours de Praticien Hospitalier et était inscrit sur la liste d'aptitude. Il n'y avait pas de perspective de poste au secteur 18 et je m'étais mis en quête d'une place dans la région parisienne. Je m'apprêtais à choisir un secteur du Val-de-Marne quand le Dr Taïeb m'a appelé. Une collègue de Sainte-Anne, le Dr Annabelle Tuset qui avait beaucoup contribué à ma formation de jeune psychiatre, connaissait le Dr Taïeb et l'a aidé à me convaincre. Le temps écoulé et mes réflexions m'avaient redonné une grande envie de rejoindre le service d'Avicenne.

Mon expérience des patients toxicomanes se résumait à mes quelques mois de stage à l'ECIMUD et d'un semestre d'internat au Centre Marmottan. Ce passage dans ce lieu historique des soins aux toxicomanes créé dans les années 1970 par le Dr Claude Olievenstein, avait également été une expérience intense. J'y avais découvert une autre façon d'entrer en lien avec les patients, ou plutôt les « clients » comme il était d'usage de les appeler à Marmottan. Les protections professionnelles classiques des soignants devaient tomber. On n'y portait pas de blouse (mais c'est assez habituel en psychiatrie), on tutoyait les clients qui nous tutoyaient en retour et nous appelaient par nos prénoms. L'activité de consultation consistait en entretiens de soutien, de coordination médicale et de « dépannage » de psychotropes et de buprénorphine pour la substitution. On effectuait également des gardes dans l'unité d'hospitalisation où les clients pouvaient passer sept à dix jours pour effectuer des sevrages de leur produit d'addiction. Durant ces gardes, les soignants vivaient avec les clients, partageant les repas, les discussions collectives et les jeux. Selon la demande ou le besoin, on réalisait des entretiens cliniques et on réévaluait les traitements. Ce mode de pratique, en consultation ou pendant les gardes, était très exposant et fatigant mais donnait des résultats cliniques très intéressants. Cette exigence de l'institution vis-à-vis des médecins était compensée par un travail de synthèse clinique important, une activité académique et une certaine souplesse dans les horaires de travail. Marmottan avait également la particularité (assez rare pour un lieu médicalisé en France) d'avoir dans son équipe des anciens toxicomanes en fonction d'« accueillants ». Les échanges conviviaux étaient nombreux au sein de l'équipe et la hiérarchie peu marquée. Cette atténuation des différences générationnelles correspondait à une réflexion clinique théorique et à une volonté institutionnelle. Il permettait d'entrer en relation avec des clients qui n'accédaient

pas aux soins par ailleurs et de gagner leur confiance au travers d'une prise de risque du soignant qui se décalait de sa supposée position de confort et de savoir. Mais il s'agissait d'une réelle prise de risque, et l'histoire de l'institution regorgeait d'anecdote de pratiques limites, de transgressions et de professionnels « qui ne tenaient pas le coup ». Les internes qui venaient en stage durant six mois pouvaient tenter l'expérience ou rester dans une position plus prudente de retrait.

La proximité avec les clients était pour moi une expérience nouvelle. Je rencontrais la plupart du temps de jeunes hommes du même âge que moi, assez régulièrement du même milieu social que moi, qui me tutoyaient et m'appelaient « Aymeric ». Je pouvais tout à fait imaginer faire leur connaissance lors de soirées chez des amis ou de festivals de musique auxquels j'aimais participer. De plus, certaines des histoires intimes qu'ils pouvaient me raconter résonnaient avec ma propre histoire sans que je puisse encore le comprendre. L'identification était donc très forte et j'avais du plaisir à être en lien avec les clients, mais j'éprouvais une certaine difficulté à conserver une différenciation suffisante pour préserver les qualités thérapeutiques de la relation. Je pense y être à peu près parvenu, mais c'est dans les relations avec les autres membres de l'équipe, et dans ma vie personnelle que ces identifications ont eu le plus de répercussion. La limite entre espace de travail et espace personnel s'est estompée et je passais une partie de mon temps libre avec des collègues de Marmottan ou avec un réseau de connaissances qui « circulaient » entre Marmottan, la « mission Rave » de Médecins du Monde et mon cercle d'amis proches. Dans ce groupe, le savoir devenait hybride, mélange d'éléments cliniques et de culture « underground » sur les produits, leurs usages, les habitudes et « types » de consommateurs, les courants musicaux associés aux consommations... Je ressentais alors l'attrait de ces substances et du sentiment de liberté que leur consommation semblait produire, mais des sécurités internes et externes (dans les préoccupations de ma psychanalyste et de mes amis restés hors du nouveau groupe) m'en ont tenu éloigné. Durant cette période, j'ai fait l'expérience du pouvoir fascinant des produits et de résonnances entre ce que les patients me racontaient d'eux-mêmes et ce que je vivais avec eux, durant les gardes notamment, et des éléments de ma vie psychique propre, jusqu'alors refoulés. Je m'étais alors senti fortement appelé par ce soin, mais également vulnérabilisé.

Je suis donc revenu à Avicenne en 2007 avec ces histoires, mais aussi avec des connaissances et des compétences cliniques acquises notamment au secteur 18 et en particulier avec le Dr Tuset auprès d'adolescents. À mon arrivée, j'ai été accueilli par le Pr Moro et le Dr Taïeb. Ma prise de fonction était progressive, mais l'objectif était de modifier le fonctionnement d'une équipe du service qui travaillait auprès de toxicomanes dans des suivis au long cours : le Centre de Soins Spécialisés aux Toxicomanes (CSST). Ce centre portait, et porte toujours aujourd'hui, le nom d'un psychiatre algérien assassiné durant les violences des années 1990, Mafoud Boucebcı. Le précédent PH responsable de l'équipe avait été l'un de ses élèves et avait choisi ce nom pour le centre. Le CSST fonctionnait avec un psychiatre responsable, quatre médecins généralistes, deux infirmières, deux psychologues, une assistante sociale et une secrétaire. Il recevait des patients présentant des conduites addictives, essentiellement toxicomaniaques, et l'offre de soin consistait en consultations médicales, délivrance de traitements de substitution, psychothérapies individuelles et soutien social. Dans les années précédant mon arrivée, un psychodrame et une consultation transculturelle avaient été mis en place. Le dispositif était donc intéressant et pertinent mais le fonctionnement était problématique. Un regard porté à la caricature aurait observé que le CSST fonctionnait plus comme un cabinet médical partagé que comme une équipe pluridisciplinaire. Les patients rencontraient leur médecin référent dès leur arrivée et tissaient avec eux un lien qui devenait rapidement exclusif. Les psychologues se plaignaient de manque d'indications et étaient désœuvrés. Une réunion de synthèse hebdomadaire se tenait le lundi matin dans un climat plutôt tendu, en tout cas à partir de mon arrivée dans l'équipe. Il m'apparut dans ces réunions que l'essentiel de la clinique était détenu dans la relation duelle entre les médecins et leurs patients. La situation de ces derniers n'était évoquée que lorsque cette relation conduisait à des impasses, alors souvent très problématiques : menaces de patients, débordements par les familles, relations d'emprise mutuelle, grossesses dont la difficulté dans le contexte clinique était minimisée... Les problèmes de fonctionnement s'observaient ainsi au travers de leurs effets sur les patients dont beaucoup ne revenaient pas après leurs premiers entretiens et qui se montraient périodiquement agressifs vis-à-vis des soignants ; ils se mesuraient également dans une certaine souffrance des membres de l'équipe. Les médecins qui étaient

probablement ceux qui tiraient le plus de satisfaction de leur pratique connaissaient des moments douloureux avec leurs patients et semblaient passablement isolés les uns des autres. Les infirmières qui semblaient s'accommoder de ce fonctionnement développaient à leur tour des relations d'exclusivité avec les patients et l'une d'entre elles est entrée dans des consommations addictives d'alcool et de psychotropes. Les psychologues qui se sentaient inemployés ont rapidement quitté le centre. L'assistante sociale trouvait le moyen de travailler en restant en dehors de la dynamique particulière de l'équipe. Seule la secrétaire, avec un talent relationnel singulier parvenait à soutenir certains échanges avec les membres de l'équipe. Des petits clans existaient à l'intérieur de l'équipe et une certaine défiance régnait entre certains professionnels et entre les professionnels et les patients. Certains médecins généralistes avaient participé, en pionniers, aux REPSUD³⁸² et avaient leurs façons propres de comprendre les patients et de les aider. Mais, au-delà d'une pratique commune de substitution, il n'existait pas alors de discours partagé sur les patients ni de réel travail d'équipe. De ce que j'observais, les toxicomanes étaient souvent perçus par le groupe comme menaçants et envahissants. L'équipe avait ainsi mis en place des fonctionnements pour se protéger. La salle d'attente était notamment un espace singulier, ouvert vers l'extérieur mais clos vers l'intérieur : une porte fermée à clé séparait cette salle du couloir qui menait au secrétariat et aux bureaux de consultation. Les patients arrivant devaient donc frapper à la porte et attendre qu'on vienne leur ouvrir. De plus, la paroi qui séparait cette salle d'attente du secrétariat attendant était percée d'une vitre épaisse qui permettait de voir ce qui se passait du côté des patients. Ce dispositif qui s'apparente aux pratiques de défiances évoquées précédemment, avait pour effet de rendre le séjour des patients en salle d'attente plutôt désagréable et de créer régulièrement des situations de tension voire de violence lorsque ces patients, peu tranquilles dans leurs rapports avec les autres, voyaient les membres de l'équipe les « surveiller », « manipuler » leurs dossiers ou « dire des petites phrases dans le dos » pour se moquer d'eux.

L'objectif de changer le fonctionnement de l'équipe conformément au mandat qui m'avait été confié par le Pr Moro, et que j'avais accepté, se heurtait donc d'emblée à de nombreuses résistances. Malgré mon « extériorité » initiale et mes tentatives de

³⁸² Voir « Rationalité du drogué et pragmatisme en politique publique »

me tenir à distance du fonctionnement collectif du moment, je dois dire que je me suis trouvé pris rapidement moi-même par ce mouvement de défiance. Peu confiant dans une grande partie des membres de l'équipe, je trouvais mon soutien auprès du Dr Taïeb et d'une psychiatre prenant son premier poste d'Assistante Spécialiste dans l'équipe, le Dr Jeanne-Flore Rouchon. Sans voir d'alternative, nous étions dans une logique de confrontation avec la majorité des médecins généralistes. Certains échanges autour des patients ou des modalités de fonctionnement étaient vifs. Des phrases lancées parfois ont pu être douloureuses pour moi. J'étais régulièrement attaqué sur ma jeunesse, mon inexpérience du public du centre, mon dogmatisme, mon autoritarisme ou mon refus de protéger mes collègues. Je me sentais à mon tour plus agressif que je ne le suis d'ordinaire. Si je continue aujourd'hui à penser que l'équipe connaissait à l'époque une période difficile et fonctionnait sur des modalités défaillantes et parfois toxiques, il me faut reconnaître que l'expertise médicale des collègues avec lesquels j'étais en délicatesse était réelle, mais il m'était alors impossible de le reconnaître. Il est plus que probable que certains de mes propos et de mes décisions, marqués par la défiance, aient été également blessants pour les généralistes. Il persistait toutefois une certaine discussion entre nous autour des patients, ce qui nous permettait de conserver une certaine action thérapeutique tout en contenant *a minima* les tensions entre nous. Ce climat délétère, mais pas totalement insupportable, a perduré environ deux ans. Une infirmière qui s'était montrée particulièrement opposante aux changements que je souhaitais initier a anticipé sa retraite. Parmi les quatre médecins généralistes présents à mon arrivée, trois sont partis. L'un de manière plutôt conflictuelle, les deux autres plus tranquillement, mais en marquant à divers degrés leur désaccord par rapport au nouveau fonctionnement.

Parallèlement à ces mouvements institutionnels, je redécouvrais l'activité clinique auprès de patients toxicomanes. Dans une position de médecin « sénior » et de référent d'équipe, les situations très complexes que pouvaient apporter les patients me posaient des difficultés nouvelles et je me demandais parfois pour quelles raisons j'avais souhaité endosser de telles responsabilités ! Heureusement, mes collègues aînés me soutenaient et m'aidaient à prendre certaines décisions. Le Dr Taïeb qui poursuivait ses travaux de recherche sur les constructions narratives des identités chez les toxicomanes me transmettait de nombreux éléments théoriques et

pratiques sur la clinique et le monde de l'addictologie. J'étais venu avec ma formation de psychiatre de secteur, sensibilisé aux approches psychodynamiques. Je connaissais bien la clinique de la psychose des adultes et les outils institutionnels et groupaux. J'avais également certaines compétences en clinique de l'adolescence. J'étais donc assez familier avec les dynamiques d'équipes face à des pathologies psychiatriques graves et avec les outils thérapeutiques utiles quand la relation de soin classique est effrayante pour le patient (ce qui est souvent le cas dans les rencontres avec les adolescents en difficulté). J'ai donc puisé dans ces expériences pour engager des changements dans le fonctionnement de l'équipe. Il m'a d'abord semblé nécessaire de travailler sur les espaces et leur délimitation. En effet, à bien des égards, les modalités particulières de relation des médecins avec les patients influaient sur l'organisation de l'équipe et du lieu. Au peu de distance symbolique qui les séparait répondait une rigidification des délimitations : entre espace des soins et de la salle d'attente séparés par une porte fermée, entre médecins et professionnels non médicaux, et entre médecins eux-mêmes. Une première action concrète a donc été d'ouvrir la porte du couloir permettant ainsi aux patients de venir se présenter au secrétariat et d'interpeler plus facilement les soignants, mais également aux professionnels de venir voir les patients en salle d'attente et de se déplacer plus aisément dans les locaux. Cette décision, simple en apparence mais symboliquement chargée de sens, a suscité une forte inquiétude dans l'équipe mais également un soulagement important des patients qui ont beaucoup commenté le changement d'atmosphère dans le centre.

Parallèlement, des changements dans le fonctionnement de l'équipe ont été apportés. Ils reposaient sur la formation de binômes de professionnels différenciés, d'abord par leur profession mais aussi potentiellement par leur sexe, leur âge ou leur origine culturelle. Mon idée, étayée par les nombreux travaux cliniques d'auteurs psychopathologues et par les réflexions de mes collègues aînés, était de faire figurer, concrètement, le tiers là où il avait tendance à être symboliquement effacé tant par les patients que par les soignants. Il ne s'agissait pas de renoncer à la nécessaire intériorisation du tiers dans les registres imaginaires et symboliques du patient, du soignant et de ce qu'ils mettent en commun dans la relation, mais de prendre acte de sa défaillance première et d'y pallier dans la réalité pour permettre la rencontre et en faire, dans un second temps, un objet de travail au service de la

sécurité psychique du patient et de son engagement dans un processus de changement. Ces binômes se sont d'abord mis en place dans le dispositif d'accueil des nouveaux patients. Dans le fonctionnement précédent, les personnes demandant des soins se voyaient proposer un rendez-vous très rapidement après un bref échange entre la secrétaire et un médecin. Dans le nouveau dispositif, elles rencontraient d'abord un binôme de professionnels durant environ une heure. Ce temps permettait d'entendre la personne sur sa situation subjective et sa demande d'aide, mais aussi de présenter le centre, l'équipe et les propositions de soin qu'elle pouvait leur faire. La situation de la personne était ensuite présentée par un membre du binôme d'accueil dans une réunion d'équipe. L'équipe dans son ensemble entendait ainsi parler des différentes personnes venant consulter et pouvait émettre des avis, des propositions d'aide ou d'orientation thérapeutique, complexifiant et enrichissant ainsi la nature des soins aux patients. Alors que, jusque-là, les patients semblaient être la préoccupation exclusive des médecins, ils devenaient l'objet des soins d'une équipe de professionnels divers. Ce dispositif a eu de nombreux effets sur les patients, les soignants et les relations de soin. Il est manifeste que, passés les oppositions et résistances initiales, il a été à l'origine d'une détente du climat de travail, d'une meilleure entente entre professionnels et également d'un sentiment de sécurité accru. Du côté des patients, ceux-ci se sont montrés satisfaits de cette nouvelle approche et disaient percevoir une amélioration des compétences professionnelles de l'équipe et, de manière vague, ressentir plus de justice dans leurs échanges avec les soignants. Les relations entre patients et soignants apparaissaient plus détendues mais également plus « denses » dans les espaces thérapeutiques. Même si cela ne modifiait pas radicalement la discontinuité des investissements relationnels des patients, perceptible par exemple dans leurs absences répétées aux rendez-vous, ils restaient plus longtemps en soin et se confiaient plus volontiers.

Du côté des soignants, l'émergence d'une dynamique d'équipe avec la multiplication des possibilités d'échanges entre professionnels leur donnait la possibilité de parler de leurs différentes difficultés dans la rencontre avec les patients, et par là-même de soutenir leur relation mutuelle. La plupart du temps, après l'accueil, les patients rencontraient un médecin et éventuellement d'autres professionnels (psychologues, éducateur, assistante sociale...) pour la mise en route

d'un suivi. La figure du tiers, présentée dans la réalité lors de l'accueil pouvait glisser dans le registre symbolique, soutenue par le discours du soignant rencontré, par son attestation réitérée de l'existence de l'équipe et par les multiples échanges informels avec les autres professionnels du centre. Certains patients toutefois continuaient à poser de sérieux problèmes en se mettant gravement en danger et en attaquant les professionnels et leur fonctionnement. Pour eux, l'intériorisation du tiers, même partielle et fortement étayée par l'équipe, ne semblait pas accessible. Nous avons alors mis en place des consultations en binômes associant les plus souvent le médecin référent et un autre professionnel. Ces propositions ont souvent beaucoup soulagé les patients, et évidemment les professionnels également. Il nous a semblé qu'elles ont permis de tisser des véritables relations thérapeutiques avec des personnes que nous n'aurions pas imaginé pouvoir accompagner durablement, notamment des patients addicts ayant des troubles psychiques importants et de difficultés sociales majeures. Bien entendu, ces ajustements n'ont pas répondu à toutes les difficultés et nous avons connu et connaissons toujours des échecs dans nos tentatives de rencontrer certains patients.

Par ailleurs, de nouvelles propositions de groupes thérapeutiques ont été mises en place. Elles reposaient sur l'utilisation de « médiations » thérapeutiques, à savoir des supports créatifs comme la musique, l'écriture ou le modelage par lesquels peuvent passer des émotions que les patients ne parviennent pas à exprimer, au travers de la parole, dans un face-à-face direct avec le soignant. Ces groupes ont permis de rencontrer les patients différemment et d'enrichir la clinique et le soin. Mais ils ont également été l'occasion pour nous de mesurer à certains moments nos difficultés à faire vivre des groupes différenciés au sein de notre équipe, et celle des patients à se reconnaître membre d'un groupe. Ces expériences parfois difficiles ont donné lieu à la publication d'un article tentant d'en élaborer le contenu³⁸³. Parallèlement à ces évolutions, un important travail réflexif de l'équipe a été engagé avec la création d'une réunion de « bibliographie » pour tous les professionnels, leur participation à des formations et des colloques, la publication d'articles et la réalisation de communications scientifiques, la mise en place d'une

³⁸³ Jeanne-Flore Rouchon et al., « Expériences de vie et de mort des groupes thérapeutiques dans un centre de soins pour patients toxicomanes », *Psychotropes* 16, n° 3 (2010): 89-106, doi:10.3917/psyt.163.0089.

supervision avec un psychanalyste spécialisé dans la dynamique des groupes, mais également avec la création du groupe de recherche « Éthique et Narrativité dans les Addictions ».

Ces diverses modifications de fonctionnement ont entraîné pour les soignants un plaisir accru à travailler dans l'équipe et dans le champ des addictions et un sentiment de sécurité plus important tant dans leur identité de soignant en addictologie que dans leurs relations avec les patients. Par ces derniers, elles ont été perçues positivement même si plusieurs d'entre eux ont été très déstabilisés par le départ de leur médecin, départ plus ou moins directement liés aux changements de fonctionnement. Bien qu'il soit toujours tentant de penser qu'on parvient à faire mieux que ce qui était fait avant et qu'il soit difficile de s'en assurer, il me semble qu'en parvenant à modifier une dynamique groupale de l'équipe et en l'ouvrant à l'extérieur, nous avons modifié notre positionnement vis-à-vis des patients et créé de nouvelles modalités de rencontre avec eux. Je pense, pour ma part, que cela a eu des effets positifs sur la qualité des soins que nous proposons aux patients.

Nos rapports avec notre environnement institutionnel, immédiat et plus lointain, et avec nos partenaires locaux ont également évolué. J'ai évoqué précédemment l'expérience singulière de ma rencontre avec le service. Je pense que la réactivation, au contact de cette institution, de mon désir infantile d'être aimé a rencontré un éprouvé singulier partagé par plusieurs professionnels du centre : un certain sentiment de relégation, d'espace secondaire, marginal au sein même du service. Certains soignants avaient l'impression que l'équipe était un « réservoir » dans lequel le service de psychopathologie puisait à l'occasion pour ses besoins propres, ou qu'elle était utilisée comme une « porte d'entrée » par des professionnels désireux de faire partie du service, sans avoir d'intérêt réel pour la clinique des addictions. Si certains soignants ont en effet rejoint d'autres unités du service, ce fantasme a été pour la plupart de mes collègues et moi-même le support d'un investissement fort visant à changer le regard que les autres soignants du service portaient sur nous, mais aussi celui de l'hôpital et des autres équipes d'addictologie de l'APHP et du département. Nos motivations reposaient partiellement sur un fantasme de relégation, réactivant des mouvements de rivalité fraternelle. Ce fantasme conserve une certaine activité et nous percevons aujourd'hui l'évolution de l'image que nous renvoie l'extérieur avec une

satisfaction mesurée. Il nous semble que ce regard des autres est passé d'une forme de négligence discrètement méprisante à ce que nous pourrions appeler une reconnaissance envieuse. Nous nous sentons en effet regardés d'une manière ambivalente. L'animation de l'équipe, sa pensée du soin et les communications qu'elle en a faites, au travers de prises de parole et de publications scientifiques, lui confère aujourd'hui un début de reconnaissance institutionnelle en tant que lieu « intéressant » et qui fournit un travail de qualité. Mais parallèlement, notre centre semble perçu par d'autres équipes comme difficile d'accès, assimilé à un lieu « haut seuil », dans sa tour d'ivoire et surdoté en moyens financiers et humains. Une formule a été utilisée pour décrire nos modalités de travail : « c'est suisse ! ». Dans notre réflexion et en lien avec les discours de soignants présentés précédemment, cette formule est intéressante à deux titres : elle vient d'abord me toucher personnellement en tant que garant du fonctionnement de l'équipe, mais également parce qu'elle résonne avec ma propre construction identitaire³⁸⁴, et vient questionner sa qualité ; ensuite, elle traduit un regard porté du dehors, mais adressé dedans questionnant par-là les limites de l'équipe – son périmètre comme sa capacité de contenance. La formule vient en effet d'un soignant travaillant à l'origine dans une équipe de l'hôpital, rattachée secondairement à la nôtre à la suite de remaniements administratifs.

J'ai ici cherché à décrire, au moment de la rencontre avec le champ addictologique, différents mouvements qui m'ont habités moi-même au travers de mes propres fantasmes, et avec les autres professionnels de l'équipe au travers de nos fantasmes communs. Celui de l'enfant relégué s'est montré l'un des plus actifs. Il a été pour moi, et pour le groupe dans certaines observations, à l'origine de mouvements dépressifs, de sentiments confus de perte d'amour et de perte de valeur, d'une réactivation de la rivalité fraternelle et d'un flottement identitaire. Pour ce qui me concerne et dans certains contextes comme celui de Marmottan, je me suis replié sur des positions narcissiques, réinvestissant fortement mes identifications projectives logées chez les patients addicts. Dès lors, je me différenciais plus difficilement d'eux. Je pouvais à la fois me sentir attiré par le

³⁸⁴ Je suis né en Suisse d'une mère suisse et d'un père français et porte les deux nationalités.

« soin » qu'ils semblaient trouver dans les consommations addictives, mais aussi rechercher les bons soins dont ils étaient objets. Après avoir retrouvé un fonctionnement psychique plus intégré, en m'appuyant sur des ressources internes et externes, j'ai pu à nouveau m'engager dans cette clinique. Cela n'a toutefois été possible que dans un travail d'élaboration personnel intense permis par des relations amicales et professionnelles bienveillantes. Au moment de prendre la responsabilité d'une équipe et de soins aux patients addicts, j'ai pensé un dispositif dont je perçois aujourd'hui qu'il s'est posé partiellement en réaction au modèle de Marmottan. Je continue à penser que ce dernier est pertinent, mais qu'il exige des soignants une capacité à supporter ce qu'un certain degré d'indifférenciation peut leur faire vivre. Ces capacités soignantes singulières m'apparaissent d'ailleurs proches de celles qui émergent chez les professionnels du CAARUD. Toutefois, je m'en sentais alors dépourvu, et c'est au contraire dans de fortes tentatives de différenciation que j'ai cherché à poser des bases sécurisantes, pour mon équipe et moi-même, préalables à la rencontre des patients. C'est ainsi que, de manière très concrète et parfois un peu artificielle, des espaces et des fonctions se sont spécifiés et délimités. Le groupe a été fortement sollicité, et une réflexion commune s'est développée. Passées les premières oppositions violentes, une solide illusion groupale a pu se constituer, nous donnant le sentiment d'être un bon groupe tout en abrasant les différences et conflits entre nous. Sortir de l'illusion groupale est difficile dans le contexte du soin des addictions. L'expérience des participants à l'étude EthNaA le confirme. Nous étions plusieurs à en avoir conscience et cela nous a amené à investir de manière réactionnelle l'espace extérieur, ici aussi parfois de manière artificielle, mais surtout à nous engager collectivement dans un travail de supervision avec un psychanalyste indépendant. Nous y avons perçu notre peur du conflit et notre très grande difficulté à « présenter » nos patients et ce que nous faisions avec eux. Notre préoccupation se portait essentiellement sur le « cadre » dont les capacités de contenance nous semblaient être un préalable fondamental à toute rencontre avec un patient. Or, il semble que nous n'étions jamais entièrement confiant dans ce cadre, malgré l'intensité de notre investissement. La question de la clinique pouvait alors se trouver régulièrement repoussée au-delà de l'enjeu de la construction du cadre. Nous avons tout de même obtenu des résultats intéressants avec les patients, mais je pense que nous pouvons décrire notre mouvement vers le

soin de la même manière que j'ai décrit celui des professionnels de l'étude : une certaine circularité. Des retours, individuels ou collectifs, à des positions de type narcissique peuvent alterner avec des temps de fonctionnement plus intégrés et plus propices au soin des patients. Ils peuvent aussi, discrètement, occuper certaines zones du travail collectif. Ils sont à l'origine par exemple d'une certaine attitude de séduction à l'égard de l'extérieur dont nous avons fait part. Nous sommes toujours déçus de ses résultats, et vivons parfois des expériences douloureuses qui suscitent, chez nous et chez moi, des mouvements d'abattement et de haine à l'égard d'« ennemis » extérieurs et intérieurs. La mise en place du dispositif de recherche EthNaA me semble avoir été l'un de nos efforts pour nous soustraire à la circularité de nos fonctionnements psychiques dans le soin. Le présent travail en est, pour moi, une continuation. Je dois donc maintenant faire l'effort de présenter certaines de mes relations de soin avec des patients addictés pour poursuivre cette réflexion.

Trois rencontres dans le soin

Je vais ici présenter trois histoires cliniques vécues avec des patients consultant au « centre Boucebei ». Ces trois patients présentaient des troubles addictifs sévères. J'aurais pu choisir d'autres histoires faisant écho aux discours des soignants d'EthNaA. Dans mes rapports avec certains patients, je me suis trouvé, moi aussi, envahi par la préoccupation de la « malignité » des addictés ou de la puissance des produits. J'ai pu me sentir douloureusement porteur de jugements malveillants à l'égard des patients, mal équipé voire incompetent, et épuisé. D'autres histoires parlent de défiance et de mouvements d'emprise et d'abandon sur et par les patients.

Les trois expériences relationnelles que je vais évoquer³⁸⁵ vont illustrer certains de ces éprouvés. Mais surtout, elles ont comme caractéristique commune de nous aider à penser qu'un soin, dans ce contexte relationnel précis, est possible. Ces expériences soutiennent cette idée, et nous pourrions donc nous appuyer sur elles

³⁸⁵ Les patients et les membres de leur entourage sont désignés par une initiale ou des prénoms fictifs.

pour étayer les pistes de dégagement envisagées par les soignants d'EthNaA, et peut-être en entrevoir de nouvelles. Les histoires des relations avec Monsieur A et Monsieur P ont été écrites au fil d'échanges avec eux, et le récit qui s'est tissé de cette manière fait l'objet d'une écriture d'un seul tenant. En revanche, je n'ai pas pu raconter l'histoire relationnelle avec Madame C, en en parlant avec elle, et elle demeure fragmentée. Le récit se trouve ainsi découpé en paragraphes qui reflètent bien le fonctionnement psychique singulier de cette patiente et ce que nous avons vécu avec elle.

1. Monsieur A

Monsieur A naît en France, à Aulnay-Sous-Bois, en 1962, de parents Algériens. Son père vient du désert, sa mère d'Oran. Ils se sont rencontrés en France. Leur départ d'Algérie semble lié à la guerre, mais rien de cette migration n'a été transmis aux enfants. L'histoire est lacunaire. Toujours est-il qu'une partie des deux familles est restée au pays et qu'une autre est arrivée en France, dans les bidonvilles de Seine-Saint-Denis puis dans des HLM.

Les neuf enfants naissent en France. Monsieur A est le cinquième, celui du milieu. Il vit avec ses parents, ses quatre frères et ses quatre sœurs jusqu'au début de son adolescence. Dans l'appartement, l'espace est limité, la famille est à l'étroit. Les parents ont appris le français et le parlent à leurs enfants. L'arabe algérien n'est pas transmis. Monsieur A ne le parle pas mais comprend certaines expressions. La mère transmet tout de même quelques éléments de la culture au travers de la cuisine et de la religion. Les frères et sœurs s'entendent plutôt bien, mais l'atmosphère familiale est pesante. Le père boit beaucoup d'alcool et est violent. Il frappe régulièrement sa femme et ses enfants indistinctement. Monsieur A est scolarisé, mais en difficulté. Il manque souvent l'école.

Vers l'âge de 12 ans, Monsieur A commence à avoir des conduites transgressives, commettant des vols, la plupart du temps seul, parfois avec des amis. Il fume des cigarettes. À 14 ans, il a quelques difficultés avec la justice et connaît sa première incarcération : dix jours pour avoir frappé un boulanger « pour venir en aide à ma mère ». « Ils m'ont mis en prison pour me calmer, mais ça n'a pas marché ». Il est ensuite « placé » en foyer pendant deux ans. Il garde plutôt un bon souvenir de cette

période mais les conduites transgressives se sont poursuivies et il est sorti du système de la protection de l'enfance à 16 ans. « Ils ne savaient plus quoi faire ». Il est alors en classe de cinquième. Il cesse d'aller au collège.

Son père a acheté un bar à Belleville. C'est le lieu où celui-ci boit et où plusieurs de ses enfants s'initient à l'héroïne. « À l'époque, il n'y avait pas d'héro dans le 93. C'est à Belleville qu'on la trouvait ». Il devient donc rapidement dépendant aux opiacés. Cela correspond à la période où sa mère tombe malade d'un cancer et décède en quelques mois. Il s'injecte de l'héroïne qu'il peut acheter grâce à des petits larcins ou en revendant lui-même de l'héroïne. Dans les moments où il ne peut pas en acheter, il se substitue avec du Néocodion®, un opiacé en vente libre en pharmacie. À cette période remonte probablement sa contamination par le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) et des virus hépatotropes (VHB et VHC) : « On était cinq ou six sur une seringue ».

La suite de son parcours est marquée par une certaine errance. Monsieur A n'a ni activité professionnelle ni appartement. Il est régulièrement logé dans sa famille mais ses relations avec ses parents et ses frères et sœurs sont facilement houleuses. Les relations avec la nouvelle femme de son père sont particulièrement tendues. Il change donc fréquemment de lieu de vie. Il consomme régulièrement différentes substances psychoactives illicites (héroïne, cocaïne, cannabis) ou licites (benzodiazépines, anticholinergiques). Il entame des suivis thérapeutiques pour sa dépendance dans différents lieux de soin mais les interrompt rapidement. Il va frapper à la porte de plusieurs médecins de ville pour demander des ordonnances de Subutex® et son « nomadisme médical » est repéré. La discontinuité de son parcours est renforcée par de multiples incarcérations, généralement de courtes durées, pour des vols. Entre ces séjours en prison, il vit parfois dans sa famille, mais le plus souvent dans la rue ou dans des « squats ». À l'âge de 33 ans, il connaît une période d'arrêt de ses consommations et rencontre une femme avec laquelle il se marie et dont il a rapidement un enfant. Une fille qu'il ne verra pas grandir puisqu'il recommence brusquement à consommer de nombreuses substances, et disparaît rapidement du domicile conjugal. Il tend alors à réduire encore ses liens avec ses proches et devient plus « marginal ». Il conserve en revanche des contacts réguliers avec l'hôpital Avicenne pour le traitement de son SIDA et des infections opportunistes qui se succèdent du fait de sa faible observance des traitements

antirétroviraux. Durant plusieurs années, ses séjours hospitaliers se déroulent de manière stéréotypée. Il est admis pour une altération de l'état général sévère, reçoit des soins techniquement adaptés mais ses relations avec les soignants sont mauvaises. Il est connu pour être manipulateur, agressif et voleur. Les hospitalisations se terminent donc souvent par une « sortie disciplinaire » ou par un départ « contre avis médical ». Lorsque ce n'est pas le cas, les médecins le font sortir le plus tôt possible. Quelle que soit sa participation à ce résultat, Monsieur A vit toujours ces départs de l'hôpital comme des abandons et, parfois, se scarifie les avant-bras avec une lame, rendant la séparation très « dramatique ». Lors de ces séjours hospitaliers, l'équipe d'addictologie de liaison (l'ECIMUD) est fréquemment appelée et parfois sommée de rendre Monsieur A plus calme, de le transférer en psychiatrie, de lui faire comprendre l'importance de son traitement ou de lui trouver un lieu de vie. Sur ce dernier point, plusieurs projets sont tentés : maisons de repos, « post-cures », foyers, appartements thérapeutiques ou hébergements d'urgences. Monsieur A en est systématiquement exclu et, au début des années 2000, il est indésirable dans la quasi-totalité des ressources locales d'hébergement. Ses relations avec les professionnels de l'ECIMUD, déjà tendues du fait de ces multiples turpitudes, se rompent à la suite d'un nouveau passage à l'acte de Monsieur A. Il lui est proposé en effet de participer à une étude scientifique. Il accepte et est reçu par une psychologue qu'il ne connaît pas pour un entretien de recherche dans le bureau de l'ECIMUD au rez-de-chaussée d'un bâtiment de l'hôpital. Alors que la psychologue s'absente quelques instants du bureau, Monsieur A prend son portefeuille dans son sac à main et part par la fenêtre. Cet épisode, devenu aujourd'hui une « histoire de chasse », a été très douloureux pour la psychologue et l'équipe. Il est contemporain de mon stage d'internat à l'ECIMUD en 2003. Un an plus tard, une de ses sœurs, également contaminée par le VIH, meurt à l'hôpital Avicenne.

Il n'a été possible d'aborder les éléments de l'histoire de Monsieur A avec lui que de nombreuses années après le début de ses contacts avec les soignants. Lorsque l'on parcourt les anciens dossiers de ce patient, le caractère essentiellement factuel des observations notées est remarquable. Il n'est question que de présence ou d'absence aux rendez-vous, de prescriptions faites ou d'événements particuliers comme des incarcérations ou des hospitalisations. On trouve également la trace de

moments de tension avec les équipes. Il y a également quelques « contrats » signés par Monsieur A où il s'engage auprès de son médecin à ne pas reproduire de conduites transgressives ou à accepter son exclusion dans l'hypothèse où une analyse d'urine à la recherche de toxiques serait positive.

On ne trouve en revanche que très peu d'informations sur son histoire. Les éléments qui apparaissent concernent le décès de sa mère et le fait qu'il ne voit pas sa fille. On imagine qu'ils figurent au dossier parce qu'ils sont spontanément énoncés par Monsieur A. Ces observations font généralement état d'une tristesse et se répètent au fil des mois sans grande altération ni grands développements.

Il ressort de l'ensemble des documents concernant Monsieur A d'une part un sentiment de confiance difficile à établir et d'autre part la perception d'une tristesse s'exprimant d'une manière quelque peu stéréotypée. De leur côté, les différents soignants ne semblent pas s'aventurer au-delà des dimensions factuelles de la relation ou, en tout cas, ne laissent pas de traces de telles aventures.

Cette atmosphère relationnelle est celle que j'expérimente dès les premiers entretiens de suivi avec Monsieur A en 2007. Pour commencer, j'ai longtemps refusé de recevoir ce patient en soin malgré l'insistance de son médecin « infectiologue ». Mes prédécesseurs m'avaient transmis certaines informations sur ses mises en scènes et ses passages à l'acte violents ainsi que sur son « inadaptation » au dispositif de soin dont nous disposions. Il était suivi par un médecin généraliste en centre de santé municipal qui lui prescrivait une substitution par buprénorphine et des anxiolytiques. Il se débrouillait dans sa vie quotidienne et était hospitalisé lors de survenues d'infections opportunistes ou de complications de ses surconsommations médicamenteuses. Habités d'une certaine défiance préventive dont j'ai déjà précisé les origines, l'équipe de l'ECIMUD et moi allions alors le voir pour l'encourager à rester suffisamment longtemps pour bénéficier de l'hospitalisation ainsi que pour rassurer l'équipe du service où il était hospitalisé. Nous nous montrions présents et disponibles pour lui tout en veillant à ne pas lui donner le sentiment que nous étions prêts à nous engager dans un suivi au long cours avec lui.

En 2009, l'état général de Monsieur A s'est dégradé du fait de sa mauvaise observance chronique des traitements antirétroviraux et de l'accumulation de surconsommations de médicaments opiacés, d'anticholinergiques et de

benzodiazépines. Son médecin infectiologue était alors très inquiet et a de nouveau insisté pour que nous acceptions de le prendre en soin. Devant notre résistance, il soulignait le danger dans lequel se trouvait Monsieur A mais aussi le fait que l'altération de sa santé physique le rendait moins turbulent : « Il s'est calmé », « il est amorti maintenant ». J'ai fini par accepter de le recevoir au centre de consultation tout en prévenant le patient aussi bien que le médecin que le suivi s'interromprait à la première transgression. Nous étions dans une répétition conforme des précédents suivis médicaux.

J'ai donc commencé à recevoir Monsieur A de manière hebdomadaire puis bimensuelle. Les règles qui encadraient notre relation étaient très strictes : aucune forme d'agressivité tolérée, pas d'entretien en cas de retard trop important, pas de prescription de dépannage en cas de surconsommation de son traitement, dispensation du traitement sur place... La sécurisation était au maximum de nos possibilités et rien n'était laissé au risque de la confiance. Il n'est pas impossible que nous espérions à notre insu décourager Monsieur A. Pourtant, il a accepté nos règles très rigides et est venu très régulièrement me voir en se montrant respectueux du cadre que je lui imposais. Il m'a donné le sentiment, et cela m'a touché, qu'il était prêt à prendre le risque d'entrer en relation avec moi et avec l'équipe du centre alors que notre propre engagement était pour le moins réservé. Au fil des semaines, le climat s'est un peu détendu. Il y a eu quelques écarts, quelques rappels à l'ordre, mais ces fluctuations n'ont pas remis en cause la relation de soin qui se mettait en place. Toutefois, le contenu des entretiens était très pauvre et stéréotypé, essentiellement factuel. J'étais moins inquiet pour notre sécurité qu'au départ, mais plus inquiet pour sa santé et son avenir. Il était toujours dans une situation sociale critique, soignait mal son SIDA, avait par moments de profonds effondrements dépressifs avec des désirs de mort et ne disait que très peu de choses en entretien. Il ne pouvait pas décrire ce qu'il ressentait ni faire de lien entre ses émotions et des événements de sa vie passée ou présente. Je pouvais faire des tentatives pour l'y aider : « J'imagine que la fin de votre hébergement d'urgence doit vous inquiéter », la réponse était généralement : « Je ne sais pas ». Il était également très impressionnant de par son apparence physique. Grand mais émacié, il boitait du fait d'une rupture du tendon d'Achille en 1987, jamais soignée. Il a de plus de nombreuses séquelles d'infections opportunistes dont un emphysème grave

responsable d'une insuffisance respiratoire sévère. Au moment où nous nous sommes sentis plus capable d'aider Monsieur A, Léa Barret³⁸⁶, l'éducatrice du centre, s'est mise en quête de solutions d'hébergement pour lui. Une nouvelle structure ouvrait alors et acceptait, dans un cadre communautaire, des personnes poursuivant leurs consommations addictives. Monsieur A s'est montré en difficulté pour participer aux tâches collectives assignées aux résidents de ce lieu et a beaucoup inquiété les travailleurs sociaux du fait de ses décompensations d'insuffisance respiratoire inopinées ou liées à ses consommations. Leurs messages d'alarme réitérés nous ont fait craindre une nouvelle rupture de Monsieur A avec son hébergement. Alors qu'il avait montré durant de longues années des capacités à se débrouiller dans la rue, nous avions peur de ne pas le voir survivre à une perte de son lieu de vie, et ses discours renforçaient nos craintes. Cependant, les efforts conjoints de Léa et de l'équipe gérant le lieu de vie ont permis de trouver un nouveau projet d'hébergement plus favorable et adapté à sa situation. Monsieur A a intégré en 2011 un appartement thérapeutique qu'il partage avec un autre résident. Le séjour y est plus confortable et l'encadrement des travailleurs sociaux plus présent. Il y a de plus une orientation médicale du lieu qui permet à Monsieur A de bénéficier d'un accompagnement infirmier dans ses prises de traitement et veille à son état de santé.

Depuis qu'il a intégré ces lieux de vie, Monsieur A vient à ses entretiens avec moi en ambulance. Il ne manque de fait aucun rendez-vous. Il est connu de la plupart des professionnels du centre et est souvent accueilli chaleureusement à son arrivée. Malgré cette évolution de nos relations, Monsieur A n'a pas cessé de nous inquiéter et, plus particulièrement de m'inquiéter. Semblant toujours en grande difficulté pour parler de ce qu'il vivait, il me faisait part régulièrement de ses envies de mourir, refusaient de prendre son traitement antirétroviral et surconsommant des benzodiazépines, ce qui, compte tenu de son insuffisance respiratoire, le mettait directement en danger de mort. Il a fait, ces trois dernières années une dizaine de séjours en réanimation. Je me trouvais en grande difficulté face à ces propos et comportements de Monsieur A. J'avais moi-même de la peine à voir ce qui aurait pu soutenir son désir de vivre. Tout lien avec ses proches semblait

³⁸⁶ Dans l'accompagnement de Monsieur A et dans celui de Madame C, présenté ensuite, j'ai travaillé de manière étroite avec Léa Barret. Je la nommerai dans les récits par son seul prénom.

irréremédiablement rompu et son état physique ne laissait pas espérer de nette amélioration, et faisait plutôt craindre une perte d'autonomie progressive, voire une aggravation engageant son pronostic vital. Le souvenir de ses turpitudes me faisait penser qu'il était plus animé, plus vivant dans sa vie chaotique qu'au moment où il était devenu tranquille, bon patient, bon citoyen... Je redoutais constamment une mauvaise nouvelle, et j'attendais avec anxiété les face-à-face en entretien avec lui.

Alors que je réfléchissais au présent travail et que je préparais un article, j'ai eu le désir d'écrire l'histoire de Monsieur A. Sans doute parce qu'en sa présence, le seul horizon de la mort m'était insupportable et que le vide narratif créait la possibilité d'un récit. Lorsque je lui en ai parlé, il m'a dit qu'il était d'accord mais ne semblait pas tellement désireux de s'y engager, comme si ma proposition était « en l'air », comme s'il doutait de mon envie et de ma capacité à écrire quelque chose de sa vie. Je lui ai alors proposé de venir à d'autres rendez-vous que ceux prévus pour le suivi médical et la prescription. Il a alors prêté plus d'attention à mon idée et a accepté. Nous avons alors eu trois entretiens durant lesquels je lui ai posé des questions sur son enfance, ses frères et sœurs, sa femme et sa fille, son parcours, ses relations avec les soignants. Il m'a répondu volontiers mais sans pouvoir réellement s'engager dans une narration. J'ai dû tisser un récit et le lui lire pour avoir son approbation ou ses modifications. Il a pu parler du désir qu'il avait depuis longtemps d'écrire un livre sur sa vie, mais aussi du fait qu'il ne savait pas écrire.

Une confiance avait pu s'établir entre nous avant cet échange, mais c'est à partir de là qu'un lien véritable s'est établi entre nous. Ses envies de mort ont été moins fréquentes ainsi que ses surconsommations de benzodiazépines que j'assimilais à des équivalents suicidaires. Avec l'équipe des appartements thérapeutiques, il a pu investir un projet de maison de repos qui l'a beaucoup reposé au plans physique et psychique. Je suis resté donc plusieurs semaines sans voir Monsieur A. Durant ce temps, j'avais débuté un travail de supervision avec une psychanalyste à qui j'avais parlé de ce patient. Avec elle j'avais perçu l'intensité de lien que j'avais établi avec Monsieur A et j'avais également compris que je vivais avec lui un des motifs qui m'avait fait choisir un métier du soin et qui était lié à mon histoire personnelle : donner du sens à la vie, avant la mort.

À son retour, j'ai retrouvé Monsieur A avec un plaisir qui m'a surpris. Je le lui ai dit et il en a semblé content. Il respirait mieux, avait plus envie de parler, répondait

volontiers aux questions qui avaient émergées dans mon échange avec ma superviseuse en ajoutant des anecdotes. Je l'ai revu deux semaines plus tard, il avait cette même présentation mais m'a dit tout de suite en arrivant qu'il avait passé quarante-huit heures en réanimation le week-end précédent. Cette décompensation respiratoire était la première à survenir sans être provoquée par une surconsommation d'anxiolytiques. J'étais à la fois heureux de l'entendre me parler plus librement qu'avant et d'avoir le sentiment qu'un socle solide s'était établi pour la relation thérapeutique et atterré de percevoir que sa vie était maintenant si fragile. Notre entretien a toutefois été très riche et vivant et je lui ai donné une copie de l'article dans lequel son histoire figurait. Quelques jours plus tard, j'ai revu ma superviseuse et lui ai raconté ces nouveaux événements. Elle m'a parlé des propos d'un psychanalyste américain Harold Searle disant en substance : « si j'ai eu, au moins une fois dans ma vie, l'expérience d'une relation aboutie, alors je peux mourir ». Cela m'a fait penser que quelque chose d'important s'était passé avec Monsieur A, quelque chose qui donne du sens à notre rencontre dans le soin, mais aussi que tant que sa mort n'était pas survenue, il pouvait vivre avec et sans moi des expériences qui lui feraient du bien. Je me suis dit que je pourrais continuer à accompagner ce patient si redoutable que soit l'issue probable de notre relation. Lorsque j'ai revu Léa, notre éducatrice, je lui ai raconté que Monsieur A m'avait dit qu'elle avait fait quelque chose de très important pour lui en l'aidant à trouver un lieu de vie. Elle m'a interrompu en disant : « Arrête ! Je vais pleurer ». Cette émotion qui l'étreignait était aussi la mienne.

2. Madame C

Madame C a trente-trois ans quand elle rencontre l'équipe d'Avicenne pour la première fois en 2005. Elle va mal. Elle consomme des quantités massives de cocaïne et d'alcool. Elle est adressée pour cette raison par le Centre Médico-Psychologique (CMP) qui la suit depuis quelques mois pour un effondrement dépressif majeur et des gestes suicidaires répétés. Le psychiatre du centre qui la reçoit projette, compte-tenu de l'importance de son addiction et de sa fragilité psychique une hospitalisation de sevrage dans un service d'addictologie. Dans les jours qui suivent les premiers entretiens, Madame C fait une nouvelle tentative de

suicide grave et est réhospitalisée sous contrainte en psychiatrie. La problématique addictive passant au second plan, il ne lui est pas fait de nouvelle proposition.

C'est incidemment que nous rencontrons à nouveau Madame C quatre ans plus tard, la veille du Nouvel An 2009. Elle a été amenée au milieu de la nuit aux urgences d'Avicenne par les pompiers pour une crise suicidaire durant laquelle elle a tenté de se défenestrer. Elle parle de ses consommations de stupéfiants aux médecins des urgences. Je suis à ce moment-là avec l'équipe de l'ECIMUD et suis donc appelé pour venir la voir. J'arrive aux urgences avec l'éducatrice, Léa Barret. Nous rencontrons Madame C alors qu'elle a pu se reposer un peu et que ses angoisses se sont un peu éloignées. Elle a vu dans les heures précédentes des urgentistes dont elle n'attend pas d'aide précise et des psychiatres qui lui ont proposé avec insistance une hospitalisation qu'elle a refusée. Elle nous accueille alors comme des soignants dont elle espère une autre proposition lui permettant, selon son désir, un retour chez elle. Nous sommes saisis d'emblée, Léa et moi, par un sentiment singulier provoqué par un contraste fort entre sa présentation, incurique et un peu effrayante, et son avidité de contact et d'attention. Elle nous apparaît comme une petite fille démunie et inquiétante. Elle suscite alors chez moi une vive empathie ainsi qu'une crainte instantanée sur ses capacités à survivre dans le « monde extérieur ». Il est évident pour moi qu'elle doit être hospitalisée et je me pose la question, comme mes collègues précédemment, d'une contrainte, d'une hospitalisation à la demande d'un tiers. Madame C se montre paniquée à l'idée d'une telle hospitalisation et suppliante face à nous. La voir ainsi est insupportable pour moi et je décide alors, en en parlant à Léa, de lui proposer un suivi rapproché au centre, en parallèle d'une reprise de sa prise en charge au CMP. Elle repart donc chez elle avec un rendez-vous pour le surlendemain. Je me souviens, à ce moment déjà, avoir eu le sentiment d'avoir pris un risque majeur en ne la protégeant pas, malgré elle, et que je risquais d'apprendre rapidement une mort quasi annoncée. Mais j'avais aussi le sentiment que c'était la seule manière possible de rentrer en relation avec elle. Et cette décision de la laisser partir avec un rendez-vous a probablement été déterminante dans le lien qui s'est établi entre nous, mais le sentiment de menace et de sursis ne nous a jamais quitté.

Le jour du rendez-vous prévu au centre avec Léa et moi, Madame C n'est pas venue. Nous étions inquiets mais n'avions pas de moyens de la joindre. Elle est

cependant venue deux jours plus tard, non pour nous voir, selon ses dires, mais parce qu'elle était à la recherche d'une carte d'identité perdue. Elle est repartie, puis revenue trois jours après pour prendre un rendez-vous avec nous. Une date de rencontre a été fixée à l'issue du week-end suivant. Le dimanche, elle a laissé un message sur le répondeur disant qu'elle allait mal et qu'elle avait besoin d'aide. Nous l'avons donc reçue le lundi et un suivi a démarré.

Le récit de notre relation avec Madame C et de son histoire, que je rapporte ici, est le fruit d'un travail difficile de regroupement d'informations dispersées dans mes souvenirs et dans les notes du dossier-patient. Malgré ces efforts, je ne suis pas certain d'être parvenu à « lier » ces éléments et le récit conserve probablement la trace du morcellement psychique de Madame C et de ce que nous en avons porté durant le temps que nous avons passé avec elle... et après.

Madame C est née en 1972 en Seine-Saint-Denis. Son père avait quitté sa mère avant sa naissance. Cette dernière a rapidement rencontré un homme qui a reconnu Madame C. De ce couple est né un autre enfant, un garçon d'un an son cadet. Le frère et la sœur étaient proches. Ils subissaient les conséquences des consommations d'alcool des deux parents et notamment la violence physique du père. Les violences étaient également de nature sexuelle et Madame C nous a raconté avoir eu, dès l'âge de 10 ans et dans les suites des agressions sexuelles, des conduites de séduction vis-à-vis des hommes adultes gravitant autour de la famille. À 11 ans, elle s'est retrouvée dans une « tournante », selon elle à l'initiative de son oncle qui l'avait « vendue pour des autoradios ». La brigade des mineurs est intervenue à ce moment-là et Madame C a été placée en urgence dans une famille d'accueil. Elle a dit que ça l'avait sauvée, mais les relations avec cette famille sont devenues rapidement conflictuelles et elle a été transférée dans un foyer, puis dans un autre. À 13 ans, elle a commencé à boire de l'alcool, répétant les ivresses. À 16 ans, elle a quitté le foyer où elle résidait avec un enseignant. Une relation amoureuse étant née entre eux, ce dernier a été invité à démissionner et l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) a installé Madame C dans une chambre d'hôtel à Paris. Trois ans plus tard, à 19 ans, elle a rencontré un homme, Jean-Marc, et est partie avec lui vivre dans le sud de la France. Elle n'avait alors plus de contact avec ses parents ni avec son frère qui avait commencé à présenter des troubles psychiatriques. Dans le Midi, Madame C et Jean-Marc se sont installés. Ils ont trouvé un travail tous les deux.

Elle a été opératrice dans un centre d'appel et s'y est plu. Elle s'est fait des amies mais ne pouvait les voir qu'au bureau, Jean-Marc étant très jaloux des relations de Madame C. Ils vivaient un amour très fusionnel émaillé d'ivresses, de conflits, de violences et d'effondrements dépressifs de Jean-Marc. Malgré ces difficultés, cette période a été heureuse dans les souvenirs de Madame C, avec le sentiment d'avoir été alors « une femme normale ». En 1996 est née sa fille Marine puis en 2001 son fils Walter. Cette vie chaotique mais « normale » s'est arrêtée brusquement en 2005 : Jean-Marc s'est pendu dans leur maison. C'est Walter qui l'a découvert.

Effondrée, Madame C a été hospitalisée dans le Sud, ses enfants ayant été accueillis par sa mère en région parisienne. Elle les y a rejoints deux semaines plus tard mais, prise dans ses conduites addictives et débordée par des idées suicidaires, elle a fait une *overdose*. Elle a alors été hospitalisée en psychiatrie sous contrainte et un signalement à l'ASE a été fait par l'équipe au sujet de ses enfants. Ceux-ci ont été alors placés en urgence dans un foyer. C'est à cette période qu'elle est venue au centre pour une première rencontre avant d'être à nouveau hospitalisée à plusieurs reprises dans des contextes suicidaires. Cette alternance de séjours en psychiatrie et chez sa mère s'est arrêtée en 2006 au décès de cette dernière.

Durant les deux années suivantes, Madame C a vécu dans des *squats*. Elle y a consommé des quantités importantes de divers produits, cocaïne et alcool au premier plan. Elle se procurait l'argent nécessaire soit en se prostituant, soit en volant, avec une amie, Céline, des objets qu'elles revendaient ensuite. Aidée par le secteur de psychiatrie, elle a pu retrouver un logement qu'elle a alors habité avec Céline. Elle a obtenu un droit de garde de ses enfants le week-end.

C'est dans ce contexte que nous avons rencontré Madame C. Son investissement de la relation avec nous a été immédiat et massif. Elle s'est mise à venir régulièrement à nos rendez-vous et à nous laisser des messages d'appel à l'aide durant les horaires de fermeture du centre. Mais cet investissement correspondait également à une incarcération de Céline, la laissant seule. Cette rencontre s'est faite ainsi au prix d'un escamotage des « tiers ». Malgré nos efforts initiaux, nous n'avions pas réussi à maintenir des liens avec le CMP qui pourtant la connaissait bien. Madame C le tenait pour responsable du placement de ses enfants et nous craignions de perdre sa confiance si nous avions des contacts avec eux. Nous étions à la fois des sauveurs dans les mains desquelles elle remettait sa vie et des

personnes suspectes : Léa parce qu'elle était éducatrice et qu'elle lui rappelait celles de ses foyers de l'ASE et moi parce que j'étais psychiatre comme ceux qui avait déclenché le placement de ses enfants. Le suivi s'est toutefois mis en route. Pendant trois ans, nous avons vu Madame C, Léa et moi, au moins une fois par semaine et parfois presque tous les jours. L'intensité de cette relation révèle le besoin que Madame C avait du soutien et de l'attention que nous lui portions mais aussi l'inquiétude qui nous habitait et la façon dont nous nous « tenions » réciproquement. La régularité de ses venues au centre contrastait également avec la discontinuité qui envahissait tous les aspects de sa vie : ses relations avec Céline et d'autres, les visites de ses enfants, sa situation sociale et bien sûr son propre fonctionnement psychique. Cette discontinuité nécessite ici de ma part un effort particulier de narration qui me permettra de lier en un récit des « épisodes » de notre relation avec Mme C présentés en paragraphes successifs.

2.1. L'inquiétude et l'effroi

Les trois premiers mois d'accompagnement de Madame C, entre janvier et avril 2009, nous ont beaucoup mobilisés. L'incarcération préventive de Céline laissait Madame C seule et désemparée. Cette déstabilisation psychique avait été observée par l'ASE qui avait suspendu provisoirement les droits de visite des enfants. Madame C était très triste et très en colère, et nous inquiets. C'est à ce moment que j'ai introduit dans son traitement un neuroleptique sédatif. D'abord du Tercian® puis du Loxapac®, médicament réputé particulièrement contenant et souvent utilisé dans le cadre de l'urgence. Mon idée était de l'utiliser pour une durée limitée, le temps du passage de la crise, mais je l'ai maintenu toute la durée du suivi. J'ai dû progressivement l'augmenter jusqu'à 600 mg/j, soit une posologie élevée, pour obtenir un relatif apaisement de l'angoisse de Madame C. Trois mois après le début du suivi, elle est arrivée paniquée en consultation, nous apprenant qu'elle avait eu, dans le week-end, un rapport sexuel avec son frère alors qu'ils avaient tous les deux consommé du crack. Cet événement nous a sidérés.

2.2. Le retour de Céline

En avril 2009, Céline est de retour au domicile de Madame C et elles reprennent leurs habitudes communes de petits larcins et de consommations nocturnes importantes. Nous avons le sentiment d'être relégués au second plan. Madame C est moins régulière aux rendez-vous et arrive parfois très alcoolisée. Les entretiens sont alors brefs et factuels et nous laissent frustrés. Une sorte de rythme s'installe toutefois dans la vie de la patiente qui consomme beaucoup d'alcool, de cocaïne et de crack durant la semaine mais pas pendant le week-end, ce qui lui permet de retrouver la garde de ses enfants.

2.3. Une accalmie

Au mois de juin 2009 survient un nouvel incident avec l'ASE et les visites des enfants sont de nouveau suspendues. De plus Céline est jugée et condamnée à une peine de prison ferme mais doit attendre la décision du juge d'application des peines. Toutes deux sont donc suspendues à cette séparation imminente. Dans ce contexte Madame C consomme un peu moins et redevient plus régulière dans le suivi. La situation est objectivement toujours très préoccupante, mais nous sommes moins inquiets. Sans doute un peu anesthésiés... L'accalmie est sans doute plus subjective pour nous que réelle.

2.4. L'arrivée de Yanis

En septembre, Céline est incarcérée. Madame C connaît une nouvelle période de crise suicidaire avec des idées noires et des envies de passage à l'acte. Nous tentons de la convaincre d'accepter une hospitalisation en urgence en psychiatrie, mais elle refuse. Nous essayons aussi de l'emmener aux urgences de l'hôpital mais sans plus de succès. Elle accepte toutefois que nous organisions une hospitalisation dans un service d'addictologie parisien que nous connaissons bien. Une telle hospitalisation nécessitant quelques semaines d'attente, nous la voyons très fréquemment au centre. Un ami de Céline, Yanis arrive alors chez elle. Madame C est de nouveau plus intermittente dans ses présences aux rendez-vous et devient plus réticente vis-

à-vis du projet d'hospitalisation. Elle consomme beaucoup. Sa fille Marine fugue du foyer pour aller chez Madame C puis y retourne, les droits de visite sont suspendus puis rétablis. Nous voyons Madame C tous les jours de la semaine et elle peut venir aux urgences le week-end. Elle s'apaise un peu et accepte finalement l'hospitalisation. Même s'il s'agissait de notre projet et de notre souhait, nous sommes alors un peu surpris de son accord et conscients de l'effort qu'elle fait et de la confiance qu'elle nous accorde. Cela nous redonne aussi un peu d'élan.

2.5. Une période « normale »

À l'automne 2009, Madame C est hospitalisée trois semaines. Son traitement psychotrope n'est pas modifié. Le sevrage de ses différentes dépendances toxiques se passe sans difficulté et elle apprécie le cadre de l'hôpital. À sa sortie, elle reprend le suivi avec nous. Nous la trouvons changée, plus présente et plus animée. Yannis est toujours chez elle. Il suit une formation de peintre décorateur et leur relation se stabilise. Ils ne consomment plus d'alcool ensemble comme avant et font des projets. Il est question pendant un certain temps d'un enfant. Cela réveille chez madame C l'envie d'une vie « comme celle de tout le monde ». Nous accompagnons ce mouvement et en venons à nous dire que nous sortons avec elle d'une longue période de crise et que les soins pourraient changer de nature. Nous lui proposons alors de venir sur un créneau hebdomadaire fixe qu'elle va investir avec plaisir. Cette séquence va durer deux ans. Autour d'elle les événements continuent à se succéder : retour de Céline, jalousies, nouvelle fugue de Marine, conflits entre Marine et Yanis, départ de Walter dans une famille d'accueil dans le Limousin. Mais quelque chose semble s'être établi entre Madame C et nous qui lui sert de « point fixe », lui permet d'en parler avec nous et de ne pas être emportée par ses angoisses. À cette époque, elle commence à nous parler de Jean-Marc et de sa vie passée avec lui. Le sujet avait été jusqu'alors tabou. Marine vient parfois au centre pour accompagner sa mère. Madame C nous parle de ses inquiétudes au sujet de sa fille qui devient adolescente, qui vit maintenant de fait avec elle et dont elle craint les conduites tout en se sentant incapable de la protéger. Elle ne fait pas non plus confiance à l'ASE dont elle pense qu'elle n'a pas su la protéger elle-même et qui s'est de surcroît résignée à laisser Marine vivre avec elle. Nous faisons donc

avec Madame C un projet de consultation à la Maison des Adolescents de l'hôpital. Cette idée la soulage et lui donne le sentiment que nous l'aidons à prendre sa place de mère. Elle en parle avec les éducateurs de l'ASE qui s'occupent de Marine, et cela détend un peu l'atmosphère de ses rapports avec eux. Dans les suites de l'hospitalisation, un projet d'hôpital de jour a été évoqué et cela intéresse Madame C. Léa l'accompagne à plusieurs rendez-vous et son admission se précise.

2.6. La dérive et la catastrophe

Ces deux années durant lesquelles nous avons le sentiment que Madame C retrouve une certaine animation psychique, qu'elle est moins en danger, qu'elle est à distance de ses consommations addictives et que nous pouvons, ensemble, penser des projets de soins à long terme prend brutalement fin en novembre 2011. Fait devenu inhabituel, Madame C manque un rendez-vous. Lorsque nous parvenons à la joindre quelques jours plus tard, elle nous apprend que Yanis, ivre, a frappé Marine, l'a frappé elle aussi et a mis le feu à l'appartement. Il a été interpellé et incarcéré. Marine est de retour au foyer en urgence et Madame C est sans domicile, hébergée provisoirement par un proche. Durant une année, elle va reprendre des consommations importantes d'alcool, de cocaïne et de crack et va changer à plusieurs reprises de lieu de vie. Elle finira par habiter chez son père avec lequel elle boira beaucoup d'alcool dans un climat très incestuel.

En novembre 2012, son appartement a été réhabilité et elle s'y réinstalle. Elle avait demandé à changer d'appartement de peur de représailles de Yanis à sa sortie de prison. Mais les dysfonctionnements de l'administration et la discontinuité de Madame C ne l'ont pas permis. Elle a peur dans son appartement mais y reprend progressivement ses habitudes. C'est également ce qui se passe dans l'espace commun que nous avons avec elle. Nous avons peur mais retrouvons de moments de travail psychique ensemble « comme avant ». Marine revient vivre avec elle.

À Noël, Yanis est libéré et vient menacer Madame C à plusieurs reprises. Celle-ci, terrorisée, dépose une main courante au commissariat et fait appel plusieurs fois à la police quand Yanis vient tambouriner à sa porte. Nous la voyons paniquée lors d'un rendez-vous. Nous essayons de l'hospitaliser mais elle refuse. J'augmente son traitement anxiolytique. Le seize janvier 2013, nous apprenons le décès de Madame

C. Marine l'a découverte inconsciente au matin dans sa chambre. Les causes de sa mort sont restées indéterminées.

3. Monsieur P

Cet homme né en 1968 est entré en contact pour la première fois avec l'équipe de soin d'Avicenne (alors installée hors de l'hôpital) en 1998. Il a été reçu régulièrement sur une période de six mois. Cette courte prise en charge a été centrée sur une prescription de traitement substitutif par Subutex®. Monsieur P faisait effectivement état d'une dépendance importante aux opiacés (héroïne et codéine) et à l'alcool. Il travaillait et était hébergé, à la suite d'une séparation sentimentale, alternativement par ses deux parents, eux-mêmes divorcés. Les soins proposés par l'équipe semblent s'être essentiellement dédiés à la substitution. Il n'est pas fait mention d'autres propositions de soin et le patient lui-même ne paraît pas s'être particulièrement livré lors des entretiens. Cette séquence de soin s'est interrompue subitement, sans motif apparent au dossier.

Monsieur P revient quatre ans plus tard, en 2003. On apprend qu'entre-temps, il a vu quelques médecins pour des prescriptions ponctuelles de traitements substitutifs et a été hospitalisé en clinique pour un sevrage qu'il n'a pu maintenir à sa sortie. Il consomme alors des quantités quotidiennes importantes d'héroïne, de cannabis et d'alcool. Durant ses premières semaines de suivi, il donne le sentiment de vouloir diriger ses soins. Le médecin qui le voit lui a proposé une substitution par méthadone, plus adaptée du fait de d'un mésusage du Subutex® (consommation par voie intraveineuse). Il suit bien cette prescription mais continue à consommer de la codéine tout en refusant l'augmentation de méthadone que lui propose son médecin. Il souhaite « gérer » lui-même son sevrage de codéine et y parvient. Monsieur P dit alors au médecin qu'il se réveille le matin avec une sensation de faim et que cela ne lui était pas arrivé depuis plusieurs années. Cela marque le début du lien avec lui. Il peut alors commencer à évoquer son histoire.

Monsieur P est né en région parisienne en 1968. Ses parents viennent également de la région et travaillent dans le milieu du spectacle. La grand-mère maternelle de Monsieur P est née en Russie et ces origines slaves sont importantes pour lui. Il les relie à un fond d'anxiété et de dépression qu'il sent en lui. De fait, cette grand-mère

et la mère du patient ont présenté au cours de leurs vies des épisodes anxio-dépressifs caractérisés. Du côté de son père, il parle de nombreux conflits entre les hommes de la famille et de consommations d'alcool excessives, notamment chez son père et son grand-père. Son père, acteur puis régisseur, présente effectivement des consommations excessives d'alcool et se montre dépréciateur vis-à-vis de son fils.

Monsieur P est l'aîné d'une fratrie de trois enfants. Il a un frère et une sœur. Le climat familial semble avoir été à la fois distendu et tendu. Dans les récits de Monsieur P, le père et la mère semblaient plus préoccupés par leurs activités artistiques que par leurs enfants, quelque peu livrés à eux-mêmes et à l'attention des adultes, amis des parents. Lorsque la famille était réunie, les parents se montraient apparemment assez agressifs avec les enfants, mais sans violence manifeste ni carences éducatives majeures. Cela rend compte du fait, selon Monsieur P, que sa situation et celle de son frère et de sa sœur ne sont « pas brillantes », mais « pas non plus catastrophiques ». Sa sœur est devenue « toxico » comme lui, mais va bien aujourd'hui et son frère semble heureux dans un ashram dans le centre de la France. Il parle de son adolescence comme une période d'activité intense, très remplie par le sport (rugby, tennis, handball). Ses parents se séparent durant cette période. Il est alors un peu en difficulté au plan scolaire mais obtient son baccalauréat avec deux années de retard. Il part ensuite faire son service militaire dans les chasseurs alpins avant de commencer un travail d'accessoiriste dans un grand théâtre de la région où travaille déjà son père. C'est un contexte favorable aux conflits entre eux. Il a déjà expérimenté certaines substances psychoactives, mais c'est à ce moment que commencent ses consommations régulières d'opiacés, d'alcool et de cannabis. Ces addictions n'ont alors pas de répercussions majeures sur sa vie et il parvient à les faire cohabiter peu ou prou avec sa vie professionnelle. Il rencontre une femme vers 1992, s'installe avec elle et diminue très fortement de lui-même ses consommations de psychotropes. En 1993 naît leur fils, Dominique. Cette naissance complique la relation affective des parents. Monsieur P reproche à sa compagne d'alors de ne penser qu'à ses intérêts et de l'attaquer sans cesse sur ses capacités (et incapacités) paternelles. Ils se séparent en 1997 alors que Dominique a quatre ans. Cet événement est très douloureux pour lui et il doit retourner vivre chez son père puis chez sa mère. Il reprend alors des consommations massives d'opiacés et d'alcool.

C'est dans ce contexte qu'il rencontre l'équipe de soin d'Avicenne pour la première fois en 1998.

La relation qui s'instaure avec le médecin du centre en 2003 va durer plusieurs années. Jusqu'en 2006, Monsieur P vient régulièrement en consultation. La substitution par méthadone se poursuit sans difficulté particulière hormis de rares consommations ponctuelles. Il a pu trouver un logement social et y vit dans de bonnes conditions. Il voit régulièrement son fils et tire toujours beaucoup de plaisir de ces visites. Il a également des relations fréquentes avec sa famille qui se réunit régulièrement, mais il fait état de nombreux conflits qui lui sont pénibles et d'une atmosphère où « on ne se parle pas », et dont il a le sentiment qu'elle l'empêche de grandir librement. Au centre, son médecin lui a proposé de voir un psychologue pour entamer une psychothérapie. Il le rencontre et commence des entretiens au cours desquels il apparaît rapidement que l'évocation de son histoire et de ses expériences affectives lui est difficile. Le psychologue, Cédric François, lui propose alors de s'exprimer par des dessins et par des jeux autour des mots. Il dit souvent à son médecin l'intérêt qu'il voit à ces séances mais se met à être très irrégulier dans ses présences aux rendez-vous. Il y aura ainsi plusieurs interruptions et reprises, très encouragées par le médecin, durant ces trois années. Cette période semble plutôt « calme » et les observations médicales mentionnent fréquemment que Monsieur P va « plutôt bien ». Il ne cesse pourtant jamais de consommer de l'alcool à un niveau problématique. Mais cette réalité semble quelque peu déniée par les soignants.

En 2006, Monsieur P va moins bien. Il présente des signes dépressifs et des troubles du sommeil importants. Il commence à parler de sa « phobie de la boîte aux lettres » et des nombreuses démarches qu'il néglige. Il révèle alors plusieurs problèmes administratifs dont le plus grave est une dette de loyer qui s'élève à trente mille Euros. Sa famille réagit vivement et entraîne le médecin du centre. Ensemble ils font une demande de mise sous curatelle, attribuant à Monsieur P le statut de majeur protégé et suspendant son indépendance financière et administrative. Il est ambivalent vis-à-vis de cette démarche qu'il perçoit comme infantilisante et humiliante de la part de sa famille mais plutôt protectrice pour ce qui concerne son médecin. Il ne lui en tient pas rigueur, mais, entre cette période et 2009, sa situation générale se complique. Il est plus discontinu dans sa fréquentation du centre et cherche à s'affranchir de professionnels pour ses soins. Il

reste sevré des opiacés mais consomme beaucoup d'alcool. Il vient fréquemment alcoolisé en consultation. Le médecin et le psychologue du centre (qui était alors spécialisé dans les soins aux usagers de drogues et non d'alcool) semblent un peu débordés et tentent de l'orienter vers des collègues alcoologues. Il n'accepte pas vraiment ces propositions et consulte de lui-même dans différents lieux. Il se fait ainsi hospitaliser à deux reprises pour arrêter l'alcool, dont une fois durant plusieurs mois. Il arrête également seul, contre l'avis de son médecin, sa substitution et son suivi, à la suite d'un départ en vacances de celui-ci. Il ne revient que cinq mois plus tard après une reprise massive de ses consommations d'alcool au moment du décès de son grand-père paternel. Il apprend, peu de temps après, le départ de son médecin qui avait décidé de changer de lieu et de mode d'exercice.

C'est alors, en septembre 2009, que je rencontre Monsieur P. Présent dans l'équipe depuis deux ans, j'ai déjà entendu parler de ce patient lors de moments critiques. Dans le contexte de mes rapports initiaux avec l'équipe et les médecins en particulier, j'avais tendance à penser que celui qui avait suivi Monsieur P durant ces six années s'était laissé pendre dans un jeu compliqué et délétère entre le patient et sa famille et qu'il n'avait pas su s'appuyer sur les ressources de l'équipe. Cet *a priori* défiant valait aussi pour le patient que je n'étais pas très enthousiaste à « reprendre », à la suite du médecin partant. Il m'apparaissait comme peu désireux de s'engager dans une relation de soin continue et stable, et présentait essentiellement des conduites d'alcoolisation qui ne m'étaient pas tellement familières. J'avais plus d'empathie pour le psychologue qui tentait, avec beaucoup d'inventivité, de tisser quelque chose avec Monsieur P et qui n'était pas entendu, dans ses propres difficultés, par le médecin. Nous avons eu plusieurs échanges communs lors de réunions et nous en avons conclu qu'il était nécessaire de mettre en place un nouveau cadre de soin plus rigoureux.

Les premières rencontres avec Monsieur P ont donc été plutôt tendues. J'étais dans une position un peu raide et il se montrait évitant et silencieusement hostile. Je savais que la séparation avec son médecin précédent était douloureuse (il avait déjà interrompu le suivi après un de ses récents départs en vacances), mais il ne voulait pas en parler. Il s'est produit, dans ce début de suivi, un changement notable dans ses consommations. Il a arrêté rapidement de boire de l'alcool mais a repris tout aussi rapidement des ingestions de codéine dont il s'est à nouveau retrouvé

dépendant. Je me suis dit à l'époque que cela avait peut-être pour lui l'avantage de le rendre dépendant de nous, prescripteurs de traitements substitutifs et donc de resserrer les liens menacés par le départ du médecin. Je me suis également demandé s'il ne cherchait pas, inconsciemment, à me séduire en s'écartant d'un produit qui m'inquiétait pour reprendre une substance qui était plus « naturellement » mon objet de travail. Toujours est-il que j'ai réinstauré une substitution par méthadone qu'il a fallu augmenter à une posologie supérieure à celle dont il avait eu besoin par le passé. Dans le même temps, je lui ai progressivement indiqué le nouveau cadre dans lequel je souhaitais le voir : le respect de l'horaire et de la régularité des rendez-vous et, dans la mesure où il réitérait son souhait de poursuivre un travail psychothérapeutique avec le psychologue, une continuité de présence aux séances. J'étais convaincu qu'il avait la possibilité, à ce moment de son histoire avec nous, de s'engager sur ses points et que c'était nécessaire pour qu'il puisse sortir des répétitions dans lesquelles il semblait enfermé. Cependant, je sentais son hostilité à mon égard et redoutais sa réaction. Lors d'un rendez-vous suivant, Monsieur P est arrivé avec un retard que je lui ai fait observer. Il s'est alors mis en fureur contre moi, me reprochant de ne pas le comprendre et l'écouter comme savait le faire le médecin précédent. Il me disait, et cela ne m'était pas indifférent, qu'il avait perdu quelque chose de précieux avec le départ de ce médecin et que je ne pourrais jamais le compenser. Je n'ai pu de mon côté que maintenir la position du cadre en m'appuyant sur la pensée de l'équipe mais je me sentais isolé face à Monsieur P en colère. Il balayait cet appel au tiers et je rejoignais ce mouvement, très désireux de répondre dans le face à face. Je lui ai dit alors qu'effectivement ce médecin était parti et que rien ni personne ne le remplacerait. Tout en prononçant ces mots qui ne faisaient que rappeler une réalité, j'ai senti en moi, à son égard, un mouvement de haine qui exposait brutalement devant lui, de manière cruelle, la perte qui était la sienne. Face à ma propre fureur et tentant de « sauver les meubles », j'ai indiqué à Monsieur P que je mettais un terme à l'entretien et que je lui redonnais un rendez-vous dans le cadre habituel, ce qui permettrait de reprendre ensemble ce qui venait de se passer entre nous. C'était ma façon d'essayer de ramener le tiers du cadre entre nous pour protéger chacun de nous deux. Mais Monsieur P a résisté et la tension est restée vive jusqu'à ce qu'il quitte le centre avec fracas. Je suis resté de mon côté épuisé et hors de moi. Il a fallu plusieurs échanges avec mes collègues

pour que je retrouve un certain calme. J'appréhendais beaucoup le rendez-vous suivant, mais Monsieur P est venu à l'heure à son rendez-vous et m'a présenté ses excuses. J'en ai fait de même et lui ai rappelé le rôle de la réflexion d'équipe qui accompagnait nos rencontres et les propositions de soin que je lui faisais. Les quelques entretiens suivants ont été teintés d'une certaine prudence, comme si l'apaisement était fragile mais l'atmosphère s'est progressivement détendue. Il a repris une psychothérapie suivie avec le psychologue durant quelques semaines, jusqu'à ce que ce dernier quitte l'équipe pour prendre un poste dans l'ouest de la France.

Depuis 2010, Monsieur P vient très régulièrement à ses rendez-vous. Il ne consomme plus d'alcool ni d'opiacés et s'en trouve bien. Il garde des objets d'addiction comme la cigarette et la méthadone mais ceux-ci n'entravent plus comme avant son animation psychique. Il peut exprimer des émotions durant les entretiens, parler de ses liens avec son frère ou son fils, se montrer fier de ce dernier ou parler de sa passion pour le Japon et les mangas (depuis quatre ans, je ne l'ai jamais vu venir en entretien sans tenir dans la main un de ces livres). Il a retrouvé un logement relativement stable et confortable, sa situation financière s'est assainie et la mesure de curatelle doit être prochainement levée.

Monsieur P est aujourd'hui moins en danger dans la réalité et plus animé au plan psychique. Il reste cependant de nombreux points douloureux pour lui et j'ai le sentiment que nous n'avons pour l'instant fait qu'effleurer les causes de son mal-être qui, s'il est moins vif, reste agissant. J'ai toujours une difficulté certaine à m'extraire de la répétition de nos entretiens et à penser des choses nouvelles avec lui et avec l'équipe. Mais je pense qu'il y a maintenant dans notre relation la sécurité nécessaire pour nous mettre au travail, tous les deux... et les tiers que nous appellerons.

Au travers de ces trois histoires, j'ai pu évoquer de nombreux aspects de l'existence de ces patients, de mon expérience avec eux et de nos tentatives pour leur proposer un soin. Il m'est possible maintenant de faire se rencontrer ma propre expérience et celle des professionnels de l'étude EthNaA.

Une expérience singulière

Il sera question ici d'une discussion à partir de mon expérience du contenu singulier de mes rencontres avec le monde de l'addiction et les patients. Il me faudra tenter de penser certains aspects de ces relations et les mettre en lien avec ce que nous avons « découvert » dans les discours des soignants en addictologie au cours de l'étude EthNaA et qui constitue une première théorie du soin.

1. Mon identité de soignant

Cette identité trouve pour moi ses racines dans ma vie d'enfant. Très tôt, la question de l'autre a été pour moi intimement liée à celle de la maladie, de l'effraction corporelle, de la perte et de la dépendance. Ces motifs sont assez classiques, mais ma position singulière face à eux m'a entraîné dans la voie du soin. Le trajet professionnel que j'ai suivi au travers d'une confrontation à la souffrance et à l'entrave physique en médecine, puis à la douleur morale et la folie en psychiatrie, et enfin à la dépendance addictive dans ma pratique actuelle évoque un regard se concentrant progressivement sur un objet qui est aujourd'hui celui de mes efforts cliniques et de mes réflexions théoriques. Il m'apparaît assez nettement que l'« urgence » qui m'a poussé sur ce chemin est née d'une nécessité de prendre soin de personnes aimées, et de moi-même. Sans entrer ici dans un domaine trop intime de mes souvenirs, le lecteur pourra se rendre compte que certaines expériences que je relate dans cette partie font écho à certaines considérations psychologiques présentées dans la première partie. Comme chez de nombreux sujets adultes, le « traitement psychique » des questions fondamentales précoces de dépendance à l'objet, et de séparation et individuation, ont pu laisser subsister un noyau « addicté » en moi. Les produits psychotropes ont pu exercer une fascination et un pouvoir d'attraction sur moi (en tout cas depuis mon adolescence et mes lectures de Baudelaire !). Mais contrairement à ce qui s'est passé (ou qui ne s'est pas passé) pour de nombreux patients, des éléments transmis par mes parents, des objets traités en analyse, certaines qualités de mes rencontres m'ont protégés et m'ont fait prendre le chemin du soin. Être devenu soignant m'aide probablement à bien fonctionner psychiquement, mais cela ne m'apparaît pas comme une « réussite »

définitive. Pour reprendre les termes d'un soignant de l'étude, j'ai besoin parfois de me soigner avec les patients. Je soigne mes patients et ils me soignent. Trouver des soins dans ma psychanalyse personnelle, penser la clinique de mes patients, échanger avec mes collègues, travailler ma réflexion éthique ne change rien à cette réalité. Mais cela m'en donne une idée plus consciente et c'est précisément ce qui peut en modifier les éventuelles conséquences problématiques. Nous y reviendrons bientôt.

Je m'identifie donc sans grandes difficultés aux discours des soignants qui ont participé à l'étude EthNaA. Comme eux, je mesure la puissance des produits, et comme eux je les perçois comme des rivaux, des concurrents déloyaux dans mes tentatives de tisser des relations avec les patients. À cet égard, notre histoire avec Madame C montre bien comment nous pouvions être adorés par elle puis relégués dès que le produit ou une personne avec laquelle elle entretenait un lien addictif resurgissait. À l'instar des professionnels rencontrés, je connais des expériences cuisantes avec les patients et les collègues. Je me sens parfois osciller entre l'intensité émotionnelle majeure dont ils parlent et l'anesthésie affective que l'on a perçue dans leurs discours. Je me sens souvent fatigué par mes journées de travail clinique tout en étant « passionné » par mon métier et mes rencontres. Il m'est également parfois difficile de savoir qui je suis en tant que soignant : médecin « somaticien », addictologue, psychiatre, psychothérapeute ou éducateur. J'expérimente également le sentiment rapporté par une infirmière du CHU d'être toujours « en manque » du savoir et des techniques que le soin de tel patient requiert. Quelles que soient mes compétences, ce que le patient nécessite semble toujours un peu plus loin ou un peu à côté de ce que je peux lui apporter. Cela me donne régulièrement le sentiment de ne pas être un soignant approprié. De plus, bien qu'elles soient souvent conscientes pour moi, je me débats régulièrement avec les représentations péjoratives qui surgissent en moi et les jugements moraux que je porte sur les patients. On peut en voir l'expression dans mon récit de mes rencontres et surtout de mes *a priori* concernant Monsieur A et Monsieur P. Je l'ai dit, je trouve cette clinique fatigante et elle induit parfois en moi des clivages créant des césures entre ma vie à l'hôpital et ma vie privée, le travail avec les patients et l'activité de gestion, le souci de mon équipe et le soin des patients... je ne parviens plus alors à les penser conjointement. Ces clivages provoquent parfois chez moi des

mouvements d'agressivité voire de haine, des sentiments de culpabilité ou de honte et nécessitent des efforts répétés pour les réduire. Je peux ainsi m'appliquer certains points de l'analyse que j'ai faite des discours des soignants d'EthNaA. De par les modalités singulières d'investissement de la relation par les patients, les représentations fantasmées que j'ai d'eux, les caractéristiques réelles et symboliques des produits, mon « complexe » de soignant et mes hésitations à m'appuyer sur un cadre théorico-clinique encore insuffisamment bon, ma capacité à me tourner vers l'autre se trouve entravée et c'est sur moi-même que je me replie. Dans ces moments, je reconnais parfaitement mes identifications différentielles et polarisée à des figures de héros ou de « moins que rien » et je ressens dans des alternances parfois très rapides de triomphe et honte. On peut le voir dans mon fantasme de refondation quelque peu messianique du travail clinique dans mon équipe et dans mon sentiment d'être un enfant peu désiré, relégué à un statut secondaire, mais aussi dans notre relation avec Madame C et les moments d'élévation et d'effondrement que j'ai connus. Mon analyse des discours soulignait l'importance des mouvements de projection du mauvais sur l'extérieur provoquant expressions hostiles et rejet. J'en vois la trace dans mes mouvements initiaux vis-à-vis du service de psychopathologie d'Avicenne puis de l'ancienne équipe du CSST et bien sûr dans mon histoire avec Monsieur A et les tentatives d'exclusion de ma part dont il a fait l'objet à l'origine.

2. Mon autre du soin

Les soignants d'EthNaA le disent : les histoires des soignants sont souvent terribles et font violence quand on les entend. Celles que je présente ici, en particulier celle de Madame C, ont été difficiles à entendre, à reconstruire, à mémoriser, à écrire... et le sont sans doute à lire. Elles sont faites de négligence affective, d'abandon, de rejet, de maltraitance et d'effraction. Elles ont suscité chez moi identification, empathie, colère, haine, effroi, sidération... et m'ont fait penser parfois que j'avais affaire à des personnes hors du commun. Je reconnais ici volontiers le thème de l'anormalité issu de l'analyse des discours des soignants de l'étude. Dans ce mouvement les professionnels en viennent à douter de l'appartenance de certains patients au genre humain. Le fait par exemple que je

n'aie pu entendre la nécessité de proposer des soins à Monsieur A qu'après que son médecin infectiologue m'ait dit qu'il « était amorti » par sa maladie physique me laisse penser que je le regardais alors plus comme une bête sauvage que comme un homme. J'étais dans une perspective semblable à celle de l'éducateur qui propose l'idée que les produits stupéfiants ont un effet de contenance sur la violence « naturelle » des patients.

Les projections, sur les patients, des soignants d'EthNaA qui en font des entités surhumaines ou sous-humaines, monstres ou héros, ne me sont pas non plus étrangères. Les trois patients que j'ai présentés ici ont pris, à différents moments pour moi, des figures idéalisés de monstres dont j'ai parfois colporté la légende comme c'est le cas pour Monsieur A, et de héros capables de survivre à des expériences terrassantes. Avant de mourir, Madame C pouvait avoir cette double face pour moi. Je la retrouve dans d'autres relations avec des patients non évoqués ici, que nous appelons parfois entre nous les « morts-vivants » et qui suscitent chez nous fascination et effroi. Il s'agit de personnes souvent malades physiquement et psychologiquement ayant vécu des expériences dont le simple récit nous fait nous demander comment nous pourrions y survivre et semblant résister indéfiniment à la mort (nous entendons régulièrement à leur sujet des médecins d'autres spécialités énoncer des pronostics catastrophiques qui ne se réalisent pas). En défiant le principe de réalité, ces patients font résonner en nous notre fantasme d'immortalité, mais nous font craindre les conséquences d'une transgression à l'ordre naturel.

Lorsque les patients prennent pour moi, ces figures héroïques et monstrueuses, ils sont à la fois trop éloignés de moi et trop proches pour que je puisse les regarder comme des sujets propres. Je suis alors dans le même rapport à l'altérité que celui qui est prêté, par les soignants d'EthNaA, à Jim quand il arrive dans la jungle : il y est apaisé, soit parce qu'il rencontre des clones de lui-même, soit parce qu'il est en présence d'êtres étrangers à son monde.

3. Nos épreuves

Comme dans les discours des soignants d'EthNaA, la mort, la violence et la trahison sont présentes dans mes expériences professionnelles et cliniques. La relation doit se tisser malgré elles, et se trouve sans cesse attaquée par elles. La

violence et la mort sont très présentes dans mes rapports avec les trois patients que j'ai évoqués. La trahison est plus discrète et j'aurais pu, par d'autres récits cliniques, la souligner plus fortement (certains patients suivis pouvant nous voler des objets, falsifier des ordonnances...) mais elle est déjà visible chez Madame C lorsqu'elle se montrait confiante et engagée pour disparaître au moindre appel de Céline. Je soulignerais ici que, dans mon expérience, si ces épreuves attaquent la relation singulière avec ces patients, elles altèrent également les autres relations dans lesquelles je suis impliqué. Avant que je puisse la « métaboliser », la mort de Madame C m'a tenue à une certaine distance des patients, mais aussi de mes collègues, pendant quelques temps. Je restais à un niveau plus technique du soin, peinant à entendre les histoires de patients.

La présence du tiers est pacificatrice, mais elle est aussi encombrante. C'est une figure indispensable mais irritante. En tout cas, à bien des égards, c'est ainsi qu'elle se présente à moi. C'est sa fonction, au travers de ma psychanalyste, de mes amis et de la loi, qui m'a protégé quand je me suis senti vulnérable dans mes premières rencontres avec les patients, et c'est d'elle dont j'ai souligné maintes fois l'importance quand je suis arrivé à ma place de responsable du centre Boucebci. À partir d'une pensée du tiers, j'ai mis en place les dispositifs en binôme, tenté de renforcer les échanges avec des partenaires et encourager l'équipe à penser, communiquer et publier. Pourtant, malgré mes discours et mes actes, ma reconnaissance du tiers est parfois en défaut. Je l'ai souligné dans mon histoire avec Monsieur P lors de notre échange violent. Mais cela se perçoit également dans mon propre discours sur l'« extérieur » dont le regard me semble chargé de mépris ou d'envie. La fonction du tiers dans la relation est fragilisée par ma difficulté à la reconnaître mais également par les attaques dont il est l'objet de la part des patients. Dans l'anecdote déjà soulignée Monsieur P l'exclut violemment mais c'était également le cas de Madame C qui le figurait très souvent en s'adressant essentiellement à moi, en ignorant la présence de Léa Barret.

Mon récit de mes relations avec Monsieur A et Monsieur P me présente dans des états initiaux de retrait sur des positions narcissiques où leur faire confiance constituait un risque et une exposition trop importants. J'étais engagé, dans ces moments, dans des tentatives de maîtrise de la relation, et d'emprise sur mes patients. Cela ne semble pas avoir eu que des effets négatifs sur ma rencontre avec

Monsieur A³⁸⁷ mais cela a probablement été un élément déclencheur de la crise avec monsieur P. Ce sont deux histoires cliniques dans lesquelles la défiance initiale a pu être dépassée, mais cela n'est pas toujours possible, et d'autres relations de soin s'arrêtent ou demeurent figées dans la défiance. Je l'éprouve régulièrement et vois également mes collègues lui faire face. Il ne se passe pas une réunion d'équipe sans que des situations de patients avec lesquels nous nous trouvons en « choc » soient exposées. Nous avons fortement réduit la place des « pratiques de défiance » dans notre fonctionnement, mais, même si nous en connaissons les effets délétères, nous sommes toujours tentés, à l'occasion d'un événement particulier, de les remettre en place.

4. Un mouvement vers le soin

Malgré ces épreuves, la relation de soin est possible. Nous avons présenté trois histoires qui montrent cette relation dans différentes dynamiques. L'une d'elle s'est interrompue brusquement mais les deux autres continuent. Monsieur A et Monsieur P vont mieux, et pour ma part, j'ai du plaisir à les voir et me sens soignant avec eux. Même s'il y a des mouvements, des fluctuations, des accidents, eux comme moi ne sommes plus menacés au-delà du supportable. Grace à notre investissement respectif de la clinique et à notre recours au cadre, nos liens sont souples et confiants.

Avant de poursuivre cette description des éléments qui me semblent être importants pour l'établissement d'une relation de soin « suffisamment bonne », il me semble nécessaire de souligner que je ne souhaite pas présenter un modèle mais seulement discuter des cas de relation de soin qui me semblent « fonctionner », et au travers de celles-ci, souligner des points importants qui, pour la plupart, ont déjà été énoncés par les professionnels ayant participé à l'étude EthNaA. Je peux dire déjà, dans leur suite, que pour rendre ces rencontres possibles, il m'a fallu accepter de prendre soin de moi hors de la clinique, dans un espace personnel. Il m'a fallu également travailler au plan théorique, développer mes connaissances et mon expérience, essayer de créer une pensée du soin là où elle n'est pas donnée. Ce

³⁸⁷ Nous reviendrons plus loin sur cette singularité énigmatique.

travail n'est pas suffisant et, comme je l'ai déjà souligné, il semble toujours passer à côté de son but. Mais il m'aide à me sentir soignant et à me fournir des points d'appui hors des espaces du soin. Il me permet, malgré une fatigue parfois envahissante, de rester curieux de la rencontre avec les patients et de ce qui va s'y dérouler. Ainsi la recherche et l'enseignement constituent-ils, lorsqu'ils ne servent pas l'un de mes mouvements de fuite, un enrichissement essentiel de mes relations avec les patients. Ils se rapprochent du « soin de soi » évoqué par les soignants d'EthNaA. Cette question de l'intervention sur moi prend toutefois une place et une dimension qui diffèrent quelque peu de leur position, comme nous le verrons bientôt.

Pour ma part, j'ai le sentiment que la reconnaissance de l'autre est une difficulté récurrente. Dans mes présentations de mes trois patients, je ne suis pas certain d'être parvenu à me rapprocher de qui ils sont. Même si Monsieur A et Monsieur P ont bien voulu se reconnaître dans ces fictions, je sens en moi la difficulté que je peux avoir à penser qu'ils sont encore différents de ce que je me représente d'eux et des récits que nous pouvons élaborer ensemble. Mais cette reconnaissance de l'autre ne me semble jamais donnée pour aucun clinicien. La clinique transculturelle m'a beaucoup sensibilisé à cette question de l'altérité et à sa délicate reconnaissance. Marie Rose Moro souligne la valeur quasiment expérimentale du « décentrage » pour la perception de son identité et de son étrangeté propre, condition essentielle de la reconnaissance de l'altérité et de la différence. Cette expérience psychique, parfois cathartique, se produit par exemple lors d'une immersion, à la faveur d'un voyage, dans un environnement culturel différent. Lorsqu'elle n'est pas excessivement désorganisante, elle permet une rencontre de l'autre et peut devenir un point de référence pour des rencontres ultérieures. Mais la trace de l'expérience n'est pas permanente et elle nécessite des efforts réguliers de remémoration. Face à cette problématique particulière de l'altérité, c'est dans cette pensée que j'essaie de m'adresser à l'autre sujet qu'est le patient.

J'ai déjà évoqué mes démêlés avec le tiers. Sans doute parce qu'il occupe pour moi une fonction salvatrice comme le suggère mon engagement dans une psychanalyse personnelle, mon histoire à Marmottan ou encore ma réaction face à la rage narcissique qui m'a envahie dans ma rencontre avec Monsieur P, le tiers est depuis longtemps mon premier objet de travail. Sans doute parce qu'il m'interdit

une jouissance et une incestualité si attrayante avec les patients et mes collègues, il est depuis longtemps également l'objet de mes tentatives de maîtrise et de subversion. Quoiqu'il en soit, c'est d'abord dans la psychothérapie institutionnelle que j'ai pu penser à soigner des patients psychotiques. Là où la rencontre semblait de prime abord n'avoir aucun sens, le « cadre » venait lui en donner un. Dans la pensée institutionnelle, le cadre, référence tierce constante, est constitué par le groupe des soignants et celui des patients, de leur vie psychique propre et de leurs interactions, des règles qu'ils établissent, des murs qu'ils investissent et de leur fonctionnement. C'est dans cette perspective qu'avec mes collègues aînés, j'ai inscrit le travail de l'équipe du centre Boucebci. Nous avons encouragé la constitution d'un groupe des soignants, essayé de faire naître des groupes de patients et de réunions soignants-soignés, nous avons augmenté les temps de travail en commun et mis en place une supervision avec un psychanalyste extérieur au centre. Ces pratiques ne sont pas « idéales » mais elles ont restreint la place des pratiques de défiance et ont permis, comme nous l'avons déjà dit au début de cette partie, d'engager des relations plus denses et plus prolongées avec un nombre croissant de patients. Pour chaque situation que j'ai présentée, le groupe a été, à un moment ou à un autre, essentiel au maintien de mes liens avec les patients dans la relation de soin. Mais ces histoires montrent également l'importance d'autres figures tierces comme des collègues impliqués directement dans la relation ou ma superviseuse.

J'ai parlé des affects violents qui peuvent m'occuper dans certains moments de mes relations avec les patients. Mais lorsque celles-ci s'apaisent, que je parviens à quitter mes positions de défiance, d'autres émotions me sont accessibles. Ainsi, comme les soignants ayant participé à notre étude, je peux évoquer les formes d'amour qui sont présentes dans mes relations avec les patients. À l'exception de quelques rencontres qui se sont révélées impossibles, quand un soin a pu s'engager avec un patient, une préoccupation s'est installée en moi, une occupation de moi par l'autre qui a trait au sentiment amoureux. Celui-ci, bien sûr très singulier dans le cadre du soin, est possible pour moi parce qu'il est contenu dans le cadre du soin, parce qu'il est exprimé, auprès de ceux qui font tiers et à bon escient auprès des patients. C'est par exemple ce que j'ai fait en disant à Monsieur A mon plaisir de le revoir après son long séjour en maison de repos.

L'analyse des discours des professionnels dans le cadre de l'étude EthNaA nous a déjà permis d'entrer dans une logique d' « incarnation » du discours théorique sur le soin en addictologie. Avec ce passage par notre point de vue subjectif sur l'expérience du soin, nous avons poussé cette logique plus loin encore. Par-là, nous avons tenté de rendre compte de la vie du « Mélanésien » en nous, et ainsi de faire dialoguer un discours généralisant avec une expérience subjective. Il s'agissait aussi de ne pas éluder notre implication en première personne dans notre objet d'étude et dans les problématiques éthiques et cliniques que nous soulignons. Avec les limites de l'exercice, nous avons essayé d'adopter, à l'égard de nous-même, le même regard « ethnographique », immersif et distancié, que nous avons porté sur l'expérience des professionnels dans le cadre de notre étude. Nous avons voulu éviter d'écrire une « biographie », de nous livrer à un exercice d'autosatisfaction ou de nous engager dans une « pratique de l'aveu³⁸⁸ ». De telles démarches n'auraient rien apporté à notre discussion. Nous pouvons espérer être parvenu à trouver cet équilibre délicat, mais cela n'a été possible que grâce à nos échanges réguliers avec d'autres professionnels ou amis, placé ici en position de tiers. Plusieurs ont lu cette partie, et nos riches discussions en ont modifié le contenu. Nous avons alors pu soumettre la première théorie éthique et clinique de la relation de soin en addictologie, issue des discours des professionnels rencontrés dans le cadre de l'étude EthNaA, à l'épreuve de notre expérience subjective. Dans notre démarche, cette dernière n'a pas de préséance par rapport à celle des autres soignants, mais elle est complémentaire par le fait qu'elle apporte un degré d'analyse supplémentaire. Nous servons donc ici notre objectif annoncé d'augmenter progressivement le niveau de complexité de notre réflexion sur la relation de soin.

Nous avons pu montrer que sur de nombreux points, nous vivons la même expérience que celle des soignants de l'étude EthNaA. Nous sommes souvent effrayé et fasciné par ce que nous donnent à voir les patients, et par ce que nous nous représentons d'eux. Nous nous sentons régulièrement vulnérable au plan identitaire et nos relations avec les patients sont soumises aux mêmes épreuves. Nous sommes également fréquemment occupé par la défiance et connaissons les

³⁸⁸ Michel Foucault, *Du gouvernement des vivants : Cours au Collège de France (1979-1980)*, Hautes Etudes (Paris: Gallimard Seuil, 2012).

impasses relationnelles que sont l'emprise et l'abandon. Notre position permet d'ajouter à cette description déjà très précise de la relation par les professionnels, l'analyse de certains fantasmes singuliers et dispositions subjectives que nous avons pu identifier. Le fantasme de l'enfant relégué et le « noyau » addictif font, bien sûr, partie de notre vie psychique propre. Mais la manière que ces éléments personnels ont de résonner avec les discours des soignants d'EthNaA nous permet de penser qu'ils ont une activité assez classique dans l'établissement des relations de soin dans le champ addictologique.

Nous dirions donc que la première théorie exposée dans la partie précédente se trouve renforcée pour ce qui concerne les dimensions émotionnelles et affectives de l'expérience, et la large diffusion de la défiance dans la relation de soin. En revanche, notre expérience met plus en discussion les pistes de dégagement envisagées pour remettre le soin en mouvement. Tout comme les professionnels d'EthNaA, nous recherchons d'abord en nous-même et dans notre environnement immédiat les ressources pour réinvestir les patients et le soin. Toutefois, nous l'avons dit plus haut, nous envisageons cette action sur nous-même d'une manière qui n'est pas tout à fait celle du *soin de soi* recherché par les soignants. En effet, ces derniers souhaitent essentiellement mieux s'équiper en termes de savoir et de techniques. Pour ce qui nous concerne, cela nous semble évidemment nécessaire, mais insuffisant face à l'enjeu critique de la relation de soin. Plutôt que dans le soin de soi, il nous semble que c'est dans le *souci de soi* que se trouve l'engagement qui peut permettre de relancer le mouvement du soin. Le souci de soi que nous appelons ici est issu d'une longue tradition philosophique, reprise et analysée dans les années 1980 par Michel Foucault³⁸⁹. Nous aurons tout loisir d'explorer cette position éthique subjective dans notre cinquième partie, mais nous pouvons déjà souligner qu'elle diffère de celle du soin de soi par son caractère transformateur. Le souci de soin n'est pas un équipement de la pensée, mais un exercice de transformation du sujet. Il ne conduit pas ce dernier à apprendre, mais à vivre une expérience qui le change. Comme nous le verrons, cette pratique n'est possible qu'avec l'appui d'autres personnes pouvant porter une fonction de tiers. Dans notre

³⁸⁹ Michel Foucault, *L'Herméneutique du sujet : Cours au Collège de France (1981-1982)*, Hautes Etudes (Paris: Gallimard Seuil, 2001).

cas personnel, elle se développe dans la vie quotidienne à partir des espaces fournis par la psychanalyse et les supervisions.

Nous pourrions également discuter la position des soignants d'EthNaA concernant leur appel au tiers. Ce dernier apparaît comme manquant. Son absence ou sa faiblesse est déplorée. Il semble bien qu'il soit affaibli, dans la réalité. Il l'est essentiellement du fait de l'ubiquité des jugements moraux péjoratifs sur les patients addicts et le soin, et de leurs conséquences en termes de place symbolique des patients et de soignants dans la société, et de dispositif institutionnel et législatif ; et de l'incomplétude du paradigme addictologique. Il l'est également du fait du refus énergique des patients addicts de le reconnaître et de l'admettre dans l'espace du soin. Tout en recherchant à s'appuyer sur le tiers, les soignants se sont montrés prudents, si ce n'est méfiants, vis-à-vis de tout ce qui pouvait représenter l'extériorité. Ils ont semblé ainsi ambivalents par rapport à une restauration de la fonction tierce, souvent suspectée d'être intrusive, tyrannique et malveillante. Ils sont restés, comme nous l'avons souligné, dans une position relativement passive face au double constat problématique de l'importance fondamentale du tiers dans le soin et d'une impossibilité à l'investir de manière continue. Nous avons souligné que l'ambivalence vis-à-vis du tiers dans le contexte du soin des addictions ne nous était pas étrangère. Pourtant, nous en avons fait un axe de réflexion et de travail central pour nous et pour notre équipe. Cette position prend un caractère presque « obsessionnel » dans notre discours et notre pratique, les rendant potentiellement incantatoire et artificiel. Nous aurons à poursuivre cette réflexion, mais quels que soient les obstacles à l'accueil et à la reconnaissance de la fonction tierce, il nous semble déjà toujours préférable de « trop en faire » dans l'investissement du tiers, que de se résigner à son évincement. Et ce, tant pour ce qui concerne l'efficacité clinique que l'évaluation éthique du soin.

Il nous semble que, à ce stade de nos élaborations, nous avons atteint un niveau de complexité important et satisfaisant dans la description de l'expérience de la relation de soin en addictologie du point de vue des professionnels. Nous pouvons donc maintenant tenter de formuler la problématique éthique nouée au cœur de la relation de soin.

Le nœud éthique : Répondre à une attente corrosive et silencieuse

Nous avons situé notre propos dans l'introduction. Nous avons souligné que la relation était le cœur du soin, et nous en avons fait notre objet d'étude. Les soignants d'EthNaA ont dit combien cette relation était importante pour eux et comment elle était première dans tout effort de soin. Mais nos investigations ont montré qu'elle était profondément attaquée dans le contexte des addictions.

Il n'y a pas de relation sans autre. Assumons ce truisme pour souligner la place que prend le patient dans le regard des soignants. La relation peut être asymétrique, mais pas « à sens unique ». Cette dernière formulation est d'ailleurs une contradiction. Or l'autre du soin apparaît pour nous évanescant. Il se montre, puis se dissimule, ne laisse voir que ce qu'il souhaite. Il est une présence étrange, énigmatique. Il reste insaisissable et incompréhensible. Pour se le représenter, les soignants doivent puiser en eux pour combler les blancs. Les théories sont là pour les aider à le faire, mais elles sont affaiblies. Les paradigmes qui les supportent perdent de leur vitalité et de leur pertinence faute d'investissement, et ils ne sont pas encore remplacés. Ce sont les représentations profanes qui, alors, occupent plus volontiers le terrain. Les soignants sont envahis par elles et construisent, dans leur embarras, des figures idéalisées bipolarisées du patient, tout en percevant qu'elles ne coïncident jamais avec la réalité de qui il est.

Hors de situations où la rencontre est imposée, par la maladie ou par la contrainte judiciaire par exemple, la relation suppose le désir mutuel de se mettre en présence. Or le désir du patient, nous l'avons vu, ne se porte pas sur les soignants, en tout cas du point de vue de ces derniers. Le patient regarde son produit, sa souffrance, ou d'autres pour lesquels il se passionne. Le soignant, à côté, fait « pâle figure », et peut le ressentir douloureusement. C'est ce désir problématique du patient qui a été considéré comme une absence de demande dans une interprétation commode et paresseuse du discours psychanalytique. Dans certains cas, le désir du patient se révèle au contraire extrêmement intense, et effraie les soignants. Ces derniers ont, de plus, souvent le sentiment de ne pas être l'objet réel du désir qui leur est adressé. Ils se sentent traversés, utilisés à d'autres fins. Mais le plus souvent, le désir semble

ambivalent, incertain, en balance. Il nous semble en effet qu'il existe bel et bien. Il est sans doute impensable et informulable pour le patient, mais il est là. Peut-être que ce mouvement vers les soignants est encore trop archaïque pour que nous puissions parler de désir. Il s'agit peut-être plutôt d'une attente ou d'un appel selon ce que le patient peut engager de lui-même. Cette attente, pour conserver la formulation la plus minimaliste, apparaît profondément contradictoire. Très souvent, le patient est là, face aux soignants, mais il dénie son attente. Il semble vouloir une réponse, mais il se soustrait à celle-ci. Il veut de l'aide, mais paraît épouvanté quand elle arrive. Il fait penser à Jim qui disparaît dès qu'on a une attention à son égard. Encore ces patients peuvent-ils « commencer quelque chose » avec les soignants avant de disparaître. Mais d'autres se présentent d'emblée en annonçant que « tout est perdu d'avance » et que les efforts des soignants se feront en pure perte. Cela est évidemment très attaquant pour la fonction soignante, et très décourageant.

Face à tant de difficultés, la question du désir se retourne vers le soignant, et dessine un premier temps de la problématique éthique. Quel est, au fond, le désir du soignant ? Pourquoi se tient-il là ? Nous avons rencontré plusieurs états de ce désir, des plus « narcissiques » aux plus « amoureux ». Au moment de la rencontre, le patient addicté semble pousser le soignant au cœur de sa propre expérience subjective. La réactivation des fonctionnements narcissiques du professionnel peut orienter son désir vers la recherche de satisfaction immédiate pour lui-même, selon le principe de plaisir. Il peut être en quête de jouissance en s'appuyant sur des mouvements sadiques à l'égard du patient, ou masochique dans un fantasme de sacrifice de soi et d'expiation. Ces deux mouvements, qui sont dans un rapport de renversement réciproque, sont le résultat d'une résonnance entre le fonctionnement clivé des patients addictés et les « blessures » enfouies des soignants. Dans cette conjoncture, le professionnel peut aussi, au mépris de la réalité, croire en sa toute-puissance et se rêver en soignant suprême. Ces mouvements n'ont évidemment rien de restaurateur pour l'autre. Celui-ci est réduit au statut d'instrument au service de la jouissance du soignant. Rien ici, sauf éventuellement son propre masochisme, n'encouragera le patient à se rendre présent dans la relation. Mais lorsque le soignant peut se dégager de ce fonctionnement archaïque, il retrouve un désir plus orienté vers l'autre. Nous avons déjà évoqué le fantasme de réparation qui est

souvent présent dans les « vocations » des soignants. Dans un mouvement de culpabilité et de bienveillance à l'égard de l'autre, ils le soignent. Certains parlent à ce sujet d'empathie. C'est une expression euphémisée, sinon plate, de ce qui apparaît pour nous comme une forme d'amour. Mais nous reviendrons sur ce point. Un autre désir du soignant émerge nettement : celui de se soigner lui-même, ou plutôt de se faire soigner par les patients. Ce désir, tel que nous l'avons présenté, apparaît neutre au plan moral. Le « soignant blessé » ne peut pas soigner sans se soigner. Il se soigne et se soigne *avec* le patient. C'est ainsi qu'il soigne ce dernier. C'est donc la manière qu'il aura de reconnaître sa propre blessure et de la mettre en jeu dans la relation de soin qui donnera une valeur morale positive ou négative à son action. Ici aussi le recours au tiers est indispensable. Nous y reviendrons dans notre cinquième partie.

La confrontation du soignant à la réactivation de ses propres fantasmes archaïques semble inévitable dans le soin des addictions. Nous savons qu'il est possible de retrouver ensuite des modalités de fonctionnement plus intégrées, mais cela nécessite des efforts importants, qui sont de la responsabilité du soignant. Dans nos observations, une circularité semble spontanément se mettre en place. Elle emporte le professionnel dans un mouvement continu entre position narcissique et élan vers le patient. La puissance centripète de la jouissance narcissique et l'affaiblissement de la fonction tierce soumettent alors la relation au risque d'un certain immobilisme voire d'une « chute » dans les impasses que constituent l'emprise et l'abandon.

Le second temps de la problématique éthique est celui de la prise de position face à la présence du patient : que faire face à une attente silencieuse ? Malgré leur discontinuité, les patients restent parfois en soin, ou reviennent, si ce n'est auprès des mêmes soignants, chez d'autres. Souvent en réalité. L'attente est là. Si le soignant n'est pas totalement pris au piège de la circularité du désir, il peut se représenter la souffrance des patients. Il a choisi ce champ d'exercice parce qu'il ne croît pas à l'idée de sens commun que l'addiction est une souffrance choisie, auto-infligée (parlerait-on d'ailleurs de souffrance ?). Il a une idée aigüe de ce que vit le patient et perçoit confusément son attente, sans qu'elle ne soit, la plupart du temps, explicite. Elle est « corrosive », comme nous l'avons vu, et silencieuse, informulable. Nous pourrions tout de même nous risquer à lui donner une forme en lui prêtant des mots. Le patient nous semble vouloir dire : « Je te confie la relation.

Si tu en fais quelque chose, je me laisserai peut-être affecter ». Dans cette attente, il s'engage en apparence si peu qu'il est facile pour le soignant de penser qu'une absence de réponse n'aura pas de conséquence sérieuse pour le patient. S'il ne pense pas qu'il est de sa responsabilité de s'engager plus loin que le patient, il n'aura pas de difficulté à orienter ce dernier vers un collègue ou à le laisser retourner d'où il vient. Dans notre formule, l'attente du patient est précisément celle de l'engagement du soignant. Il lui est demandé d'investir la relation, quel que soit le degré de présence du patient. C'est sans doute là le socle de la position éthique du soignant en addictologie : être présent et se lancer dans la relation, en assumant tous les risques. C'est alors que, voyant l'engagement du soignant, le patient commencera à lui faire confiance et à s'engager lui-même. Il s'établira alors une relation de soin qui sera support de changement pour le patient, et probablement pour le soignant aussi. Les soignants disent que cet effort clinique et cette responsabilité morale sont lourds et parfois écrasants. Mais ils doivent mesurer que le danger d'entrer dans une relation est bien plus grand encore pour les patients. La question de la sécurité du cadre de la relation est donc fondamentale pour tous les protagonistes. Ce besoin de sécurité est perçu par chacun, mais il est possible que, faute de comprendre qu'elle a fondamentalement pour objet les mouvements affectifs en jeu dans la relation, il aboutisse à un déplacement des préoccupations sur les conduites des patients. Dans ce cas, les efforts de sécurisation, nous l'avons vu, aboutissent à un renforcement de la défiance, plutôt qu'à la restauration et au soutien de la confiance.

Cette problématique éthique appelle donc une réaction. L'objet de celle-ci serait donc la sécurité. Il faudrait, pour soutenir la relation de soin, renforcer cette sécurité. Nous avons dit que, pour y parvenir, il nous semblait nécessaire que le soignant agisse sur lui-même et s'ouvre au tiers, et que ce mouvement soit porté à la fois par l'individu, et par l'équipe et l'institution. Mais, à ce stade, nous parlons pour nous-même et pour les soignants d'EthNaA – pour autant qu'ils se reconnaissent dans ces analyses. Nous voulons toutefois proposer une discussion plus large, mais il nous semble que celle-ci ne sera possible qu'en menant à terme notre tentative d'approche complémentariste de la problématique éthique de la relation de soin en addictologie. Il nous faut donc maintenant faire dialoguer les

différents regards théoriques que nous avons mobilisés, et voir si cette discussion nous permet de proposer une seconde théorie de notre objet qui nous paraisse « complète » et nous autorise à distinguer des préférables dans l'action soignante.

CINQUIÈME PARTIE —

Entre défiance et amour, le déséquilibre de l'inquiétude : vers une seconde théorie éthique et clinique de la relation de soin en addictologie

Dans les discours des soignants recueillis durant l'étude EthNaA comme dans notre propre manière d'exprimer ce que nous vivons dans le soin, le terme d'inquiétude revient fréquemment. Il permet effectivement de rendre compte d'une vaste gamme d'émotions que les professionnels ressentent dans leurs relations avec les patients addictés. De plus, il nous met directement en contact avec la question du sentiment de sécurité dont nous avons montré la place centrale dans la problématique éthique et clinique du soin des addictions. Étudier ce terme et le concept qui lui est associé, en esquisser un portrait, une phénoménologie, devrait donc nous permettre d'affiner notre compréhension des mouvements émotionnels et affectifs des soignants ainsi que des aménagements pratiques qui se déploient dans ce contexte singulier.

Nous étudions la relation de soin dans un contexte ouvert (au-delà de la relation médecin-malade, du colloque singulier, du soin médical), et souhaitons faire appel à des expériences et des points de vue théoriques distincts et complémentaires. Nous sommes donc particulièrement intéressés par l'inquiétude et sa propriété d'être investie simultanément d'un sens commun (quotidien et partagé) et d'une signification profonde et complexe ayant supporté de multiples réflexions savantes. Le mot inquiétude renvoie dans son sens le plus usuel à une préoccupation, une présence à l'esprit. Il s'agit d'un mot d'usage quotidien, banal qui n'appartient à aucun champ de savoir particulier, à aucun vocabulaire de discipline mais qui toutefois est un recours pour les écrivains, les philosophes, les sociologues ou encore les psychanalystes quand il s'agit de relater certains états de l'âme.

La polysémie de l'inquiétude dans son acception commune

Le terme d'inquiétude est ancien et a été utilisé pour exprimer des émotions toujours irritantes et pénibles. Le « Petit Robert³⁹⁰ » en propose trois définitions, de la plus « vieille » à la plus courante :

- (Vieux) Absence de quiétude, de repos, de tranquillité.
- (Vieilli) État d'agitation, d'instabilité d'un esprit insatisfait, tourmenté.
- (Courant) État pénible, trouble déterminé par l'attente d'un événement, d'une souffrance que l'on appréhende, par l'incertitude, l'irrésolution où l'on se trouve.

Ces définitions successives semblent dessiner une gradation dans l'intensité de l'éprouvé en partant de « l'absence de tranquillité » pour atteindre « l'attente pénible d'une souffrance ». L'inquiétude pourrait ainsi décrire des sentiments et de sensations internes de différentes forces, depuis les plus modérés jusqu'aux plus douloureux. Cela nous semble être une qualité notable pour rendre compte de ce que ressentent les acteurs d'une relation de soin.

³⁹⁰ « Inquiétude », *Dictionnaire de la langue française, Le Petit Robert* (Paris: Dictionnaires Le Robert, 2001).

L'inquiétude pourrait ainsi désigner l'ennui, le malaise, l'inconfort, le souci, la peine, la crainte, le tourment, l'agitation, l'appréhension, l'anxiété voire l'affolement, l'angoisse, l'épouvante. Elle recouvre également certaines créations littéraires et poétiques comme « l'intranquillité »³⁹¹ ou « l'in-quiétude »³⁹². On retrouve dans d'autres langues cette polysémie avec parfois d'autres nuances comme en Anglais où l'inquiétude peut être traduite par *uneasiness, unrest, discomfort, worry, concern, anxiousness, anxiety* ou encore *disquiet*.

Dans sa compréhension la plus immédiate, l'inquiétude évoque donc un sentiment désagréable, pénible voire douloureux et nous nous attendons à ce qu'elle exerce un effet inhibiteur sur la pensée, la volonté et l'action. Nous verrons que cette inhibition peut atteindre la sidération et l'incapacité. Mais une inquiétude, parfois même intense, pourrait, dans certaines conditions, agir au contraire comme un aiguillon pour la capacité humaine.

Différents discours spécialisés sur l'inquiétude

L'inquiétude intéresse de nombreux auteurs spécialisés et est devenue un objet d'étude spécifique pour plusieurs champs de connaissance. Nous verrons ici comment certains sociologues, philosophes et psychanalystes l'envisagent.

1. Inquiétudes en sociologie

L'inquiétude est une notion qui a été largement développée depuis le début des années 2000. Le climat social, l'expérience répétée de crises de toutes natures semblent éveiller cet éprouvé à différents niveaux de la société.

³⁹¹ Fernando Pessoa, *Le livre de l'intranquillité* (Paris: Christian Bourgois, 1988).

³⁹² Camille de Toledo, *L'inquiétude d'être au monde* (Lagrasse: Verdier, 2012).

1.1. La vulnérabilité comme expérience généralisée

Des sociologues soulignent et même dénoncent régulièrement la vulnérabilité des individus humains et de leurs créations communes face au fonctionnement social contemporain. Cette abondante critique de la postmodernité use d'expressions et de figures particulièrement éloquentes : « modernité liquide »³⁹³ et « homme sans liens »³⁹⁴ de Zygmunt Bauman ou « individu incertain »³⁹⁵ d'Alain Ehrenberg. Elles évoquent, chacune à partir d'un point de départ différent, la généralisation de la vulnérabilité du sujet dans le monde tel qu'il tend à s'organiser de manière uniforme. Cette exposition particulière de la personne semblait circonscrite à la catégorie moderne des pauvres. Mais la poursuite des évolutions sociales induit une extension de son domaine. Ainsi, selon Viviane Châtel³⁹⁶, penser la vulnérabilité dans le contexte contemporain exige de ne pas se restreindre dans son approche.

Tout d'abord elle (la vulnérabilité comme contexte)³⁹⁷ permet de ne pas limiter la vulnérabilité à des catégorisations spécifiques clairement identifiées comme les sans-abris, les personnes à faible employabilité, les pauvres, les poly-toxicomanes, mais au contraire ouvre le champ d'investigation sur des logiques sociales à l'œuvre dans la société, logiques sociales qui se trouvent déterminées par les principes d'une société de marché où chacun cherche seulement à maximiser ses avantages, et ce, sans souci de l'Autre. (p.26)

Dans ce contexte d'incertitude diffuse, l'inquiétude s'empare des individus. Ils cherchent alors (assez désespérément d'après ces auteurs) à développer des moyens de circonscrire l'inquiétude. Et certains de ces moyens s'institutionnalisent, tendant à renforcer la diffusion de l'inquiétude plutôt qu'à la restreindre.

³⁹³ Zygmunt Bauman, *Liquid Modernity* (Oxford: Polity Press, 2000).

³⁹⁴ Zygmunt Bauman, *Liquid Love: On the Frailty of Human Bonds* (Oxford: Polity Press, 2003).

³⁹⁵ Ehrenberg, *L'Individu incertain*. op.cit.

³⁹⁶ Vivianne Châtel, « Agir en situation de vulnérabilité : un essai de problématisation ? », in *Agir en situation de vulnérabilité*, par Vivianne Châtel et Marc-Henry Soulet (Laval (Qc): Les Presses de l'Université de Laval, 2003), 1-27.

³⁹⁷ Nda

1.2. La « culture de l'inquiétude »

L'inquiétude vient de la nature singulière des liens tels qu'ils se forment dans la société contemporaine, mais aussi de la perception nouvelle de la responsabilité de cette société dans les malheurs qui la frappent (guerres, catastrophes sanitaires et industrielles...). Dès lors se développent l'appréhension du risque et le doute, et avec eux de nouveaux fonctionnements institutionnalisés visant à les contenir. Antony Giddens³⁹⁸ parle « d'institutionnalisation du doute » et montre son implication dans la mise en place de dispositifs d'évaluation et de contrôle qui occupent une place de plus en plus large dans les vies des individus, y compris dans leur intimité. Ces dispositifs visent la promotion du « principe de précaution » et reposent sur l'action d'experts qui en sont les maîtres d'œuvre. La prégnance de cette approche du risque en société permet à Denis Duclos³⁹⁹ de parler de « culture de l'inquiétude ». Dans la suite de ces travaux, Myriam Klinger⁴⁰⁰ souligne les effets négatifs de cette culture sur le sentiment partagé d'inquiétude.

La culture de l'inquiétude fait advenir la vulnérabilité au rang de situation globale à partir de laquelle, par contamination de situation en situation, chacun est convié, avec l'aide des experts, à inventer ses pratiques de vigilance. (...) Mais le sentiment d'inquiétude n'est pas que demande de confiance, de sécurisation et pratiques de vigilance. Il est aussi instrument aux mains de ceux qui manipulent les risques dans l'espoir d'occulter les incertitudes du futur. En ce sens, la montée des experts et de l'inquiétude ne peut empêcher, malgré leur institutionnalisation, la persistance de sentiments négatifs. (p.30)

Le doute et le risque constituent donc de nouvelles normes de l'expérience individuelle et collective. Cette idée n'est pas sans rappeler le développement des pratiques de défiances telles que nous les avons décrites précédemment mais également les injonctions des organismes de tutelles des structures soignantes à développer des « règlements de fonctionnements », des « chemins cliniques », des protocoles et des conventions. Toutes ces pratiques instituées visent effectivement à

³⁹⁸ Anthony Giddens, *Les conséquences de la modernité* (Paris: L'Harmattan, 1994).

³⁹⁹ Denis Duclos, « Puissance et faiblesse du concept de risque », *L'Année sociologique* 46, n° 2 (1996): 309-37.

⁴⁰⁰ Myriam Klinger, *L'inquiétude et le désarroi social* (Paris: Berg International, 2011).

sécuriser les liens entre les professionnels et les patients ou les partenaires sans jamais parvenir à réduire l'inquiétude qu'elles révèlent.

1.3. Le refus de la conflictualité

Pour le sociologue Patrick Baudry⁴⁰¹, la gestion de la violence et la tentative d'effacer les manifestations et traces de cette dernière sont des mouvements anciens des sociétés humaines. Toutefois, avec la modernité, cette gestion s'est déployée sur un plan réel, alors qu'elle demeurait antérieurement au plan symbolique. Le déni de la violence traverse ainsi l'espace social et l'expérience de l'individu, jusqu'à déterminer un rapport singulier de celui-ci à son existence. C'est le sens problématique que cet auteur donne à la « pacification » (p.42). Elle vise à prévenir toute émergence de conflit, restreignant ainsi radicalement les capacités différenciatrices de ce dernier : « le conflit entraîne l'émergence des différences, il contribue à re-disposer dans un espace social du 'pour' et du 'contre' et il oblige au travail de l'altérité »⁴⁰² (p.45).

Selon Myriam Klinger⁴⁰³, la culture de l'inquiétude repose précisément sur la crainte et le refus du conflit. La société contemporaine, marquée par les guerres des siècles passés, fuit les conflits. Elle peut s'appuyer pour cela sur une longue tradition pacifiste et sur l'extension d'un libéralisme économique qui rêve d'interdépendance bridant les oppositions. Selon Klinger, le principe de dissuasion nucléaire constitue un paradigme de ce nouvel évitement de la conflictualité. Il en révèle également le paradoxe.

Usant de la peur et de l'inquiétude, s'appuyant stratégiquement sur elles, la dissuasion bloque l'apparition de formes paroxystiques de conflit (...). L'effet dissuasif est banalisé, comme moyen, au service d'une paix relative à tous les niveaux de la vie sociale : reconnaissance implicite que le conflit reste menaçant. (p.32)

⁴⁰¹ Patrick Baudry, *Une sociologie du tragique. Violence au quotidien*, Ethique et Société (Paris: Cerf, 1986).

⁴⁰² Patrick Baudry, *Violences invisibles : Corps, monde urbain, singularité*, Poches de résistance Essai (Bègles: Editions du Passant, 2004).

⁴⁰³ Klinger, *L'inquiétude et le désarroi social*. op.cit.

Ainsi, pour Klinger, l'irénisme de notre société contemporaine, son refus du conflit ouvert à tout prix, quitte à aiguillonner les conflits latents, est à la base de cette culture de l'inquiétude.

La conflictualité (...) est toujours présente mais elle ne polarise que peu les tensions de sorte que la fatigue, la dépression, la fragilité, apparaissent au premier plan, laissant supposer une société déconflictualisée et des individus sans attache, en état de flottaison ou de fluidité. (p.168)

Les pratiques issues de cette culture de l'inquiétude, loin d'être apaisantes, renforcent le sentiment vague de menace – de « paranoïa ordinaire » comme l'indique Baudry – et la fragilisation des liens et de la confiance qui les accompagne. Le risque est alors pour l'individu d'être envahi par la dépression et la résignation. Nous pouvons nous demander ici si certains de ces mouvements perçus chez les soignants qui ont participé à l'étude EthNaA ne peuvent pas être compris comme une expression des effets de la conflictualité rendue obligatoire au sein de la culture de l'inquiétude. L'irénisme est présent dans le discours des soignants lorsqu'ils ne peuvent pas s'approprier les représentations morales dont ils sont malgré eux porteurs, quand ils ne peuvent pas s'autoriser à reconnaître l'étrangeté des patients et que l'empathie est la seule émotion qu'ils pensent avoir le droit d'éprouver. Mais il est également présent à un niveau supérieur, celui du discours qui structure les pratiques de soin en addictologie. Nous avons montré précédemment comment le mouvement addictologique se satisfait parfois d'une position de consensus *a minima* dont l'effet apaisant et stabilisant repose sur l'oubli des conflits passés au prix d'un clivage aux effets irritants et déstabilisants.

1.4. La narrativité restreinte

Pour observer les effets de l'inquiétude et les stratégies développées par les individus pour les atténuer, Myriam Klinger s'est intéressée à des personnes demandeuses d'aides sociales auprès des services publics du Bas-Rhin. Elle a vu dans leurs discours l'importance des récits qu'elles produisent sur elles-mêmes et de leur pouvoir reconfigurant. Klinger s'appuie sur le concept de mimésis de Paul Ricœur pour rendre compte de cette « technique » des individus vulnérables.

Pour nos narrateurs, peut-être plus largement pour l'individu moderne, le recours aux mots, à la narration, à la mise en intrigue, processus de reconfiguration au résultat toujours provisoire et à recommencer dans la tentative de vivre avec l'inquiétude, invite à penser un sujet-auteur, un individu capable de réflexivité, avec une intimité, une épaisseur et des histoires dont il est quelquefois le héros principal. (p.85)

Mais ce mouvement décrit ici comme resubjectivant semble entravé. Les personnes que rencontrent Klinger produisent des récits qui se rattachent à des mythologies contemporaines : « Construire une intrigue, se raconter une histoire, participent de la mobilisation contre l'expérience de la vulnérabilité. (...) Car dans ce travail de conversion se joue non seulement une production de l'imaginaire mais l'invention d'un style » (p.170). Mais ce style revêt des formes imposées : « chacun cherche à inscrire son expérience, à rattacher son fragment d'histoire au 'nous' en mouvement » (p.169). Ainsi les participants à l'étude de Klinger s'affilient aux groupes des aventuriers, des perdants et des victimes. Et ce faisant :

Ils trouvent leur compte en inscrivant leurs interrogations inquiètes dans le cadre désormais familier de l'exposition de soi selon des formes narratives connues. D'une certaine manière la narrativité se présente, pour eux et bien d'autres, comme un bénéfice ouvrant sur la participation au 'nous', de la même manière que le proposerait un système religieux ou d'autres systèmes de croyance. (p.170)

En ce sens, le mouvement de resubjectivation se trouve bridé, la reconfiguration offrant un espace de recreation de soi, mais uniquement dans un espace fortement contraint. Cette idée est intéressante pour nous qui voyons dans nos entretiens avec les soignants leurs efforts pour se raconter et tenter de se rattacher au « nous » des soignants en addictologie. Nous y reviendrons.

1.5. De « l'agir faible » à « l'agir poïétique »

Marc-Henry Soulet s'est intéressé à des situations plus radicales d'exclusion sociale. Le contexte qu'il décrit est celui d'une disparition des ressources pour l'action qui entraîne une paralysie des agents potentiels. Dans ses travaux de

2003⁴⁰⁴, il parle de contexte d'incertitude et s'intéresse aux conditions de restauration d'une capacité d'agir pour les individus qui y sont plongés. Soulet décrit alors les qualités singulières de « l'agir faible ». Il reprend ce travail en 2005⁴⁰⁵ en élargissant la portée de ses concepts. Ainsi « l'incertitude » devient « l'in-quiétude » ancrant plus fortement l'expérience dans l'existence des individus. De même « l'agir faible » qui évoquait une forme dégradée de l'agir normal se mue en « agir poïétique » devenant une modalité autonome de recontextualisation de l'action voire même un modèle de resubjectivation pour l'agent et de reconstruction du sens pour l'action.

Pour Marc-Henry Soulet, « La confiance est (...) un pré-requis essentiel pour agir en société, pour s'engager dans une action significativement orientée vers Autrui » (p.31). Elle permet également de simplifier les systèmes sociaux d'interaction. Elle contient bien entendu un risque, celui de ne pas voir son attente satisfaite, mais celui-ci est rendu acceptable par le climat de sécurité environnant. C'est une situation de normalité dont Soulet souligne l'état de « stabilité instable » (p.34). Il l'oppose au contexte de l'excès de règles et de sécurisations, correspondant par exemple à un système totalitaire, caractérisé par un état de « stabilité structurelle » et qui appelle comme action la subversion et la dissidence ainsi qu'au contexte de défaut qui deviendra celui de l'in-quiétude.

Le contexte d'in-quiétude est marqué par « l'instabilité structurelle ». C'est une situation solide et cohérente. Ce climat attaque les conditions de l'action et en détruit le cadre ordinaire de mise en œuvre. L'in-quiétude pose un certain nombre de problèmes à l'action. Problème de sens, de finalité, problème de ressources (lesquelles peut-on mobiliser, où les chercher ?) et problème de recevabilité sociale, de légitimité. D'autant que pour Soulet, l'action dans un tel contexte ne peut pas se contenter de s'adapter aux circonstances, elle doit avoir une qualité transformatrice. La difficulté est de pouvoir penser une action sensée en situation de discontinuité. Il faut donc penser un registre d'action qui ne puisse être ni orienté vers un but défini ni dirigé par un cadre sécurisant. « En d'autres termes, l'action, dans un contexte

⁴⁰⁴ Marc-Henry Soulet, « Faire face et s'en sortir : vers une théorisation de l'agir faible », in *Agir en situation de vulnérabilité*, par Vivianne Châtel et Marc-Henry Soulet (Laval (Qc): Les Presses de l'Université de Laval, 2003), 167-213.

⁴⁰⁵ Marc-Henry Soulet, « Confiance et capacité d'action. Agir en contexte d'inquiétude », in *Confiance et lien social*, par Casimiro Balsa, Res Socialis (Fribourg: Academic Press Fribourg, 2005), 31-55.

qui rend difficile un agir finalisé et problématique un agir conforme, a pour caractéristique première d'être créatrice des possibilités de l'action même » (p.39). Cet « agir poïétique » est simultanément un moyen d'atteindre un but et une opération de construction du but. Il a lui-même à créer les conditions de sa propre existence. Finalité et légitimité se fondent au cours de l'action.

La situation d'in-quiétude, qui rend nécessaire l'agir poïétique, démultiplie la capacité d'agir de l'individu et l'engage en même temps en tant que personne. « Cette radicalisation actionnaliste se nourrit bien évidemment d'une exacerbation de la réflexivité devant la nécessité de devoir penser l'action au cours de son déroulement pour simplement pouvoir agir. » (p.41) Mais ce nouveau foyer d'action nécessite une légitimation. C'est au travers d'une reconnaissance réciproque et horizontale de la validité des actes posés que ceux-ci prennent leur sens et recréent un embryon social. Il a ainsi, sur le sujet, l'effet de le réintroduire dans une temporalité, dissoute dans la répétition continue de l'in-quiétude. Pour Soulet, l'agir poïétique permet et demande une reconceptualisation des expériences antérieures, une mise en récit du passé du sujet et lui donne également une nouvelle capacité de projection. Enfin, par sa fonction d'exemplarité, l'agir poïétique a une dimension pédagogique. Les foyers d'action se multiplient alors, contribuant à l'établissement d'un nouvel espace de quiétude. Soulet décrit un mouvement avant tout interne à l'individu. En entrant dans le registre de l'agir poïétique, le sujet reconfigure sa propre histoire et se transforme en même temps qu'il transforme son rapport au monde et le monde lui-même. L'espace social est ici d'abord le lieu de la transformation du sujet, du « processus de subjectivation ».

Nous avons souligné dans nos travaux précédents, que le contexte d'exercice des soignants en addictologie pouvait s'apparenter à certains égards à ce climat d'in-quiétude. Nos résultats de recherche montrent que les soignants perçoivent la pénurie de ressources adéquates pour le soin et éprouvent des doutes sur la finalité même de leur action. De même la défiance qui semble infiltrer de nombreux espaces de la relation de soin révèle que l'environnement de la rencontre se déplace régulièrement d'un fonctionnement de « stabilité instable » à celui « d'instabilité structurelle ». La notion d'agir poïétique est donc un ressource importante pour nous. Elle nous permet de penser un cadre de recréation de l'action soignante et de resubjectivation du soignant. À la frontière entre pensée sociologique et

philosophique, elle se rapproche des philosophies du souci de soi sur lesquelles nous reviendrons bientôt.

2. Inquiétudes en philosophie

Le concept d'inquiétude traverse de nombreuses notions fondamentales en philosophie. En rendre compte ici de manière exhaustive dépasse largement nos capacités et ambitions. Nous cherchons plutôt à faire ressortir quelques pensées qui nous seront utiles pour comprendre l'expérience de la relation de soin en addictologie. Pour une approche plus globale de la notion philosophique d'inquiétude, nous renvoyons le lecteur au travail remarquable de Michel Geoffroy⁴⁰⁶.

2.1. *L'inquiétude de l'inadéquation à soi*

L'inquiétude est une proche voisine de l'étonnement que les philosophes aiment à considérer comme la source de la pensée philosophique. Elle se décèle en effet dans les discours des penseurs depuis l'Antiquité. Inconfort, intranquillité, malaise devant les puissances de la nature, le sens de l'existence, l'arrachement à l'animalité et à la barbarie sont présents par exemple dans l'idée du Feu comme principe ordonnant le monde chez Héraclite d'Éphèse ou dans l'effort de Platon pour rejoindre la vérité des idées. Ils sont également la préoccupation centrale d'Aristote⁴⁰⁷ lorsqu'il fonde son éthique sur l'opposition entre vertus et passions, marquant ainsi les divisions et tiraillements que l'Homme abrite et agit. L'homme qui veut orienter ses actions vers le bien doit être « prudent »⁴⁰⁸. Il doit dégager une position du « juste milieu » en évaluant rationnellement la force des vertus sollicitées et l'excitation des passions pour décider, pour trancher dans une sorte d'équilibre en déséquilibre. À

⁴⁰⁶ Michel Geoffroy, *La patience et l'inquiétude : Pour fonder une éthique du soin* (Paris: Romillat, 2004).

⁴⁰⁷ Aristote, *Éthique à Nicomaque*.

⁴⁰⁸ « Prudence » est une traduction française du grec *Phronesis* employé par Aristote dans l'Éthique à Nicomaque. Le terme original est cependant régulièrement traduit par « sagesse » ou « intelligence pratique » en Français et dans d'autres langues. Nous nous intéressons toutefois ici à ce que l'usage du terme « prudence » souligne de la position inquiète du *Phronimos*, l'homme prudent.

quoi cette prudence répond-elle si ce n'est à l'inquiétude que fait naître la scission dont l'Homme est l'objet ?

Nous avons déjà introduit dans ce travail la notion de faiblesse de la volonté, d'*akrasia*⁴⁰⁹. Faute morale, emportement par les passions, erreur logique, elle marque toujours la division de l'Homme entre ce qu'il sait être bon et ce qu'il choisit effectivement. C'est à cette inadéquation à soi, à ce sentiment d'ectopie qu'à l'Homme face à lui-même et au monde que les sages, philosophiques ou religieuses, vont tenter de répondre. Mais cette perplexité restera l'aiguillon de la recherche philosophique au travers des époques. Paul Ricœur⁴¹⁰ lui fait face et l'examine notamment dans sa critique du *cogito* de Descartes en préface de « Soi-même comme un autre ». Il lui semble que le philosophe des « Méditations métaphysiques » a cherché à gagner une forme de tranquillité dans son ascension vers le *cogito*. Partant effectivement d'une inquiétude majeure et envahissante qui le pousse à la pratique extensive du doute, il atteint un plancher, un fondement qui le supporte dans son existence. Il opère « un retournement du doute en la certitude du cogito » (p.17) et croit rejoindre la possibilité d'une quiétude. Mais Ricœur ne la lui reconnaît pas. Le prix exorbitant de l'ascension du *cogito* se paye dans un double « désancrage » d'avec l'Autre et le temps. Esseulé et anhistorique, « le moi du *cogito* est le Sisyphe condamné à remonter, d'instant en instant, le rocher de sa certitude à contre-pente du doute » (p.20). Ricœur pourtant en fait un point d'appui de sa réflexion et cherche à assumer l'inquiétude et la dynamique instable qu'elle suppose : « l'herméneutique du soi se trouve à égale distance de l'apologie du *cogito* et de sa destitution » (p.15). Ainsi, en confrontant le *cogito* « posé » puis « brisé » à l'épreuve de l'Autre et du temps, il met au jour certaines scissions propres à l'Homme qui deviennent dialectiques dans sa pensée : celle de l'identité du sujet en *idem* et *ipsé* et celle qui, le séparant de l'Autre, le sépare de l'Autre en lui-même.

⁴⁰⁹ Voir « les 'vices' de l'addicté »

⁴¹⁰ Paul Ricoeur, *Soi-même comme un autre* (Paris: Seuil, 1990).

2.2. *L'inquiétude du temps et de la finitude*

C'est le philosophe anglais John Locke⁴¹¹ qui est réputé avoir été le premier à avoir recours explicitement à la notion d'inquiétude (*uneasiness* dans ses écrits originaux) dans son ouvrage « Essai sur l'entendement humain ». Il en fait le moteur de la pensée et de l'action humaine comme nous le verrons bientôt. Mais, selon Jean Deprun⁴¹², l'inquiétude est également l'expérience commune à l'ensemble des penseurs des Lumières et de leurs contemporains.

La notion même de « lumières » met en cause et en jeu l'inquiétude de la conscience. L'homme des lumières, qu'il soit déiste ou athée, despote éclairé ou démocrate (...) est un homme majeur et, plus précisément, un homme qui a conquis sa majorité et doit la reconquérir chaque jour. (p.10)

Deprun trouve chez Benjamin Constant⁴¹³ l'illustration de l'inquiétude radicale, celle qui fait douter du sens de l'Être, celle de la mort de Dieu. Dans une lettre à Mme de Charrière, Constant écrit en 1790 :

Cette idée, que je trouve juste, n'est pas de moi ; elle est d'un Piémontais, homme d'esprit dont j'ai fait la connaissance à La Haye, un chevalier de Revel, envoyé de Sardaigne. Il prétend que Dieu, c'est-à-dire l'auteur de nous et de nos alentours, est mort avant d'avoir fini son ouvrage ; qu'il avait déjà mis en œuvre plusieurs de ses moyens, comme on élève des échafauds pour bâtir, et qu'au milieu de son travail, il est mort ; que tout à présent se trouve fait dans un but qui n'existe plus, et que nous, en particulier, nous sentons destinés à quelque chose dont nous n'avons aucune idée ; nous sommes des montres où il n'y aurait aucun cadran, et dont les rouages, doués d'intelligence, tourneraient jusqu'à ce qu'ils fussent usés, sans savoir pourquoi et se disant toujours : puisque je tourne, j'ai donc un but. (p.131-132)

⁴¹¹ John Locke, *An Essay Concerning Human Understanding* (London: Thomas Basset, 1689).

⁴¹² Jean Deprun, *La Philosophie de l'inquiétude en France au 18e siècle* (Paris: Librairie Philosophique J. Vrin, 1979).

⁴¹³ Benjamin Constant et Isabelle de Charrière, *Correspondance Benjamin Constant-Isabelle de Charrière, 1787-1805* (Paris: Desjonquères, 1996).

L'homme « majeur » qui s'autorise à penser et à savoir se découvre orphelin de Dieu. Il découvre l'illusion qui le faisait vivre, celle du sens de l'existence : « c'est, à la lettre, une 'finalité sans fin', entendue au sens (...) tragique »⁴¹⁴ (p.14). Jean-Luc Nancy⁴¹⁵, dans un ouvrage sur Hegel, le souligne en d'autres termes : « Jamais plus ce déplacement⁴¹⁶ ne rejoint le mouvement d'une transcendance qui le soulève vers une signification suprême. Il connaît la possibilité de 'la mort privée de signification' c'est-à-dire de la mort de la signification elle-même » (p.6). Cette absence de sens, cette « absolue négativité de l'Absolu » place alors l'Homme plus brutalement face à la question de sa finitude. Mais John Locke⁴¹⁷ indique que ce vertige est également moteur pour l'Homme. Il agit discrètement mais pousse ce dernier dans un mouvement vital. L'inquiétude « est le principal sinon le seul aiguillon de l'activité humaine » (p.368). En l'absence de cette dernière, l'Homme n'est pas encouragé à l'action. Lorsque celle-ci se fait malaise, elle contraint l'Homme à se mettre en mouvement pour l'éliminer. L'inquiétude est mouvement. Les animaux semblent connaître la peur quand une menace pèse sur eux mais ils s'apaisent dès que cette menace s'est éloignée. L'Homme de son côté se sent jeté dans une trajectoire dont il connaît l'issue. Dans le futur se trouve sa mort. Mais pour Vladimir Jankélévitch⁴¹⁸, c'est précisément cette mort annoncée qui permet à l'Homme d'appréhender son futur et de s'inscrire dans le temps : « la futurition, par laquelle l'avenir à toute minute se présentifie, est principalement ce qui faisait la passéité du passé » (p.180).

2.3. L'inquiétude par la présence de l'autre

Mais cette finitude qui est mienne, l'autre vient me la rappeler. Par sa souffrance et sa mort bien sûr, mais déjà suffisamment par le simple fait de son altérité. Michel Geoffroy⁴¹⁹ nous rappelle que l'Autre en tant que représentant des autres rend

⁴¹⁴ Deprun, *La Philosophie de l'inquiétude en France au 18e siècle*. op.cit.

⁴¹⁵ Jean-Luc Nancy, *Hegel. L'inquiétude du négatif* (Paris: Hachette, 1997).

⁴¹⁶ Il s'agit de la nouvelle trajectoire prise par la vie dans le regard de Hegel sur l'histoire.

⁴¹⁷ John Locke, *Essai sur l'entendement humain* (Paris: Vrin, 2001).

⁴¹⁸ Vladimir Jankélévitch, *La mort* (Paris: Flammarion, 1966).

⁴¹⁹ Geoffroy, *La patience et l'inquiétude*. op.cit.

présente la horde barbare, celle qui porte l'étrangeté, l'altérité absolue et la mort, ou plutôt la mort comme altérité absolue.

Le barbare, entropie allégorisée, qui ruine, qui nivelle, qui surtout n'a pas de mots, n'est-il pas semblable à ce qui « n'a pas de nom dans aucune langue » ? N'est-il pas la mort elle-même ? Et l'inquiétude face à l'invasion barbare n'est-elle pas l'inquiétude de la mort ? (p.182)

Ainsi, l'autre et son regard « sans mots » m'annoncent-ils crûment la mort qui m'attend. Ce regard terrible est bien connu de Jean-Paul Sartre⁴²⁰. Dans « L'être et le néant » (1943), Sartre pose les bases de son ontologie. Pour décrire et explorer l'être, il recourt à deux catégories conceptuelles que sont *l'en-soi* et *le pour-soi*. L'être correspondant à toutes choses-étant-au-monde, l'en-soi « est ce qu'il est » (p.33). L'en-soi est la chose donnée. Elle n'a pas de conscience, pas d'intériorité, pas de projet. Elle est pure positivité, se situe hors de l'histoire et ne peut donc pas prétendre à être ce qu'elle n'est pas. Complète et autosuffisante, en parfaite adéquation avec elle-même, elle ne connaît pas autrui. La conscience humaine apporte une dimension en surplus à l'être, celle du *pour-soi*. Le *pour-soi* est le projet subjectif. Il est une tentative de dégagement de l'en-soi et offre la possibilité d'une liberté. Par lui, il nous est possible d'endosser mille identités, là où l'en-soi n'est jamais que lui-même. Sartre le dit ainsi : « Il n'est pas ce qu'il est et il est ce qu'il n'est pas » (p.402). Par la négation, le *pour-soi* s'arrache à l'en-soi. C'est dans cette négation que se trouve ce que Sartre appelle le néant et c'est par celui-ci, qui s'oppose à la pure positivité de l'en-soi, qu'une liberté subjective peut advenir. Nous pourrions revenir plus loin sur la dynamique qui anime les rapports du *pour-soi* à l'en-soi, mais nous devons déjà souligner la nature non dualiste de la pensée de Sartre sur l'être. Le *pour-soi* est ancré dans l'en-soi et y retourne constamment. Cette ontologie nous permet de comprendre le caractère catastrophique que revêt le regard de l'autre chez Sartre. Le surgissement de l'autre, omniprésent dans le monde, donne un coup d'arrêt à la tentative d'ascension du sujet, à son projet transcendantal de fuite de l'en-soi. En me saisissant, le regard de l'autre me détaille, me fait être comme je suis et non pas comme je ne suis pas. Mes possibilités sont

⁴²⁰ Jean-Paul Sartre, *L'être et le néant*, tel (Paris: Gallimard, 2013).

réduites par l'autre à une seule d'entre-elles. Je retourne à ce que je suis et tombe dans la chose que je suis.

Pour autrui, je suis irrémédiablement ce que je suis et ma liberté même est un caractère donné de mon être. Ainsi l'en-soi me ressaisit jusqu'au futur et me fige tout entier dans ma fuite même, qui devient fuite prévue et contemplée, fuite *donnée*. Mais cette fuite figée n'est jamais la fuite que je suis pour moi : elle est figée du dehors. Cette objectivité de ma fuite, je l'éprouve comme une aliénation que je ne puis ni transcender ni connaître. (p.402)

J'éprouve ainsi une prise de possession de mon corps par l'autre. Sartre l'illustre avec l'expérience du timide dont le rougissement incontrôlable est éprouvé comme une manifestation de l'altérité, une prise de contrôle par l'autre. Ainsi, le malaise physique ressenti en présence de l'autre, qu'il soit vague ou intense n'est « rien autre que la saisie métaphysique et horrifiée de l'existence de mon corps pour l'autre » (p.394). La rencontre de l'autre est donc bien une catastrophe. Sartre le souligne par les termes qu'il emploie : « aliénation », « vol de mon monde », « effondrement ». Cette inquiétude majeure va entraîner des attitudes du sujet, en retour, face à l'autre et, nous le verrons plus loin, chacune d'elles est plus problématique que les autres. Le rapport à autrui s'enferme dans une circularité douloureuse.

La présence de l'autre vient m'inquiéter, mais elle doit également inquiéter l'autre et tous les autres. Ma rencontre avec l'autre est le risque de la violence, est la violence en puissance. Sartre me dit que je suis la victime de l'autre, mais le principe de réciprocité souligné par Ricœur⁴²¹ implique que je suis également son bourreau.

L'agir et le pâtir paraissent ainsi être distribués entre deux protagonistes : l'agent et le patient, ce dernier apparaissant comme la victime potentielle du premier. Mais en vertu de la réversibilité des rôles, chaque agent est le patient de l'autre. Et c'est en tant qu'affecté par le pouvoir-*sur lui* exercé par l'autre, qu'il est investi de la responsabilité d'une action d'emblée placée sous la règle de la réciprocité, que la règle de justice transformera en règle

⁴²¹ Ricœur, *Soi-même comme un autre*. op.cit.

d'égalité. C'est en conséquence, la cumulation en chaque protagoniste des rôles d'agent et de patient qui fait que le formalisme de l'impératif catégorique requiert la « matière » d'une pluralité d'agissants affectés chacun par une violence réciproquement exercée. (p.381-382)

C'est ici cette violence engendrée par la rencontre de deux agents libres qui nécessite l'intériorisation réciproque de la responsabilité et la médiation du tiers qu'est la règle. L'inquiétude du danger que l'autre représente pour moi est pour Ricoeur la source de l'inquiétude du danger que je représente pour l'autre. Emmanuel Lévinas⁴²² fait le même constat de la violence potentielle de la rencontre mais il rejette le principe de réciprocité. La rencontre, pour lui, est fondamentalement asymétrique. Cela se résume dans une formulation d'apparence paradoxale : l'autre m'en impose de par son extrême vulnérabilité. Je ne peux pas regarder le visage de l'autre comme un objet commun ou comme un spectacle, je vois un visage qui me surplombe et me parle. Ce visage est un commandement : « Tu ne tueras pas ». Entendre la voix du visage de l'autre, me sentir obligé par lui, renoncer à la demande d'une réciprocité constituent pour Lévinas l'impératif éthique. Et cet impératif va jusqu'à l'effacement du souci pour soi, jusqu'à la « substitution », cette expropriation de moi par l'autre qui me fait être son « otage ». Ici, mon souci pour l'autre devient mon inquiétude.

3. Inquiétudes en psychanalyse

L'inquiétude n'est pas un objet classique de la psychanalyse. Il en va autrement de l'inquiétant comme nous le verrons bientôt. Cependant, la faille et le malaise sont à la source même de la recherche psychanalytique et constituent le socle de son appréhension du fonctionnement psychique. Ainsi l'écart est-il un motif récurrent de la pensée psychanalytique. Il se retrouve dans les concepts de désir et d'angoisse.

⁴²² Emmanuel Lévinas, *Autrement qu'être ou au-delà de l'essence* (La Haye: M. Nijhoff, 1974).

3.1. *L'inquiétude du désir*

Cette imperfection permanente du rapport du sujet, de sa naissance à sa mort, avec le monde est source de souffrance mais également condition fondamentale de sa subjectivation. Cette idée est particulièrement présente dans le concept de castration développé par Sigmund Freud⁴²³. Pour ce dernier, la castration, symbolique évidemment, frappe l'enfant au moment où il rencontre l'interdit parental de l'inceste, puis à nouveau lorsqu'il traverse l'adolescence. Elle va lui permettre d'investir la pensée et le lien aux autres et d'équilibrer de manière dynamique son amour de lui-même (narcissique) et ses relations amoureuses d'objet. Les auteurs qui poursuivront les recherches de Freud montreront que la castration se manifeste dès la naissance de l'enfant dans l'épreuve du manque immédiat et répété dans la réponse à sa demande. Dans sa théorisation du langage comme structure du fonctionnement psychique, Jacques Lacan⁴²⁴ l'illustre par la scission fondamentale entre signifiant (ce qui est entendu et représenté) et signifié (ce qui est). Comme dans l'écart entre la « chose en soi » et le « phénomène » tel que pensé par Emmanuel Kant, le signifié échappe toujours, au moins partiellement, à la prise tentée par le signifiant. La trace intrapsychique de cette scission sera traduite par Lacan par la notion d'objet *a* (« objet petit a »). Lieu de la subjectivation, il porte en lui la castration et le désir, éternel insatisfait. La demande du nourrisson du sein contient un « en plus » qui est celui du portage, du regard de la mère... de l'amour. Cette demande est dépassée par le désir, qui est « désir de l'autre » portant le manque et tendant vers un objet qu'aucune réalité ne donnera jamais.

Mais Guy Rosolato⁴²⁵ propose d'envisager l'objet du désir, non pas seulement comme un manque, une absence, une négativité, mais comme une présence positive singulière : celle de l'« inconnu ». C'est en tendant vers cet inconnu (celui de la différence de l'autre sexe, de l'au-delà de la mort...) que le sujet peut affronter les questions qu'il porte. Mais le désir peut connaître des destins différents selon son rapport à l'inconnu. Si le sujet se passionne pour ce dernier et est saisi par lui, le

⁴²³ Voir par exemple : Sigmund Freud, *Trois essais sur la vie sexuelle*, Œuvres complètes V6 (1901-1905) (Paris: Presses Universitaires de France - PUF, 2006).

⁴²⁴ Voir par exemple : Jacques Lacan, « Fonction et champ de la parole et du langage en psychanalyse », *La psychanalyse*, n° 1 (1956).

⁴²⁵ Guy Rosolato, *La portée du désir ou la psychanalyse même* (Paris: Presses Universitaires de France - PUF, 1997).

désir se fait « désir pur » activant les fantasmes d'autosuffisance. Si le sujet peut, dans son rapport à l'inconnu, intégrer la castration et la loi, le désir devient « désir de connaissance », accompagnant le manque et tourné vers l'autre.

3.2. L'angoisse

Le point de départ de la réflexion de Sigmund Freud sur l'angoisse est « économique ». Il cherche à rendre compte du phénomène en termes de mouvements d'énergie psychique sur le modèle de l'énergie électrique, d'accumulation et de décharge. L'angoisse est donc d'abord pour lui une accumulation d'énergie, un accroissement d'excitation qui va rechercher des moyens de décharge. Dans « Inhibition, symptôme et angoisse »⁴²⁶, il indique que la décharge se fait selon des voies connues du sujet depuis sa naissance. C'est en effet cette expérience majeure durant laquelle un sommet d'accroissement d'excitation a été atteint, accompagné des « symptômes » corporels comme l'augmentation du rythme cardiaque et respiratoire. L'idée d'une reproduction lors des éprouvés angoissants au cours de la vie du sujet, de son expérience de la naissance rend compte selon Freud de la nature des symptômes physiques ressentis (agitation, sueur, tachycardie, sensations d'étouffement...). L'auteur s'interroge ensuite sur ce qui provoque ces états et il en vient à l'envisager comme une réaction face au danger. Mais il ne s'agit pas d'abord de n'importe quel danger. L'angoisse n'est pas la peur. Elle est éprouvée comme telle non pas face à un danger « réel » mais dans les situations qui éveillent certains souvenirs refoulés et fantasmes du sujet, le plus souvent inaccessibles à la conscience, l'angoisse étant ainsi largement inintelligible pour le sujet. Il apparaît à Freud que le « danger » consiste originairement dans l'éloignement de l'objet d'amour, la mère, et de ses conséquences concrètes.

Si le nourrisson réclame la perception de la mère, c'est seulement bien sûr parce qu'il sait déjà par expérience qu'elle satisfait sans délai tous ses besoins. La situation à laquelle il donne une valeur de « danger », contre laquelle il veut être assuré, est donc celle de la non-satisfaction, de

⁴²⁶ Sigmund Freud, *Inhibition, symptôme et angoisse*, Œuvres complètes V17 (1926) (Paris: Presses Universitaires de France - PUF, 1992).

l'accroissement de la tension de besoin, face à laquelle il est impuissant.
(p.253)

Selon Freud, cette situation vécue comme une disparition de la mère plonge le sujet dans un état de détresse singulier (*Hilflosigkeit*) qui deviendra le prototype de toute angoisse future. Il insiste ainsi sur le fait que les évolutions ultérieures de l'angoisse au cours du développement psychoaffectif du sujet – angoisses de perte d'amour, de castration, de condamnation par le sur-moi et d'exclusion sociale – portent toutes en fondement l'épreuve de la séparation d'avec la mère et de l'état de détresse qui en découle.

Il est utile pour nous de souligner que Freud distingue dans son étude de l'angoisse deux types différents, l' « angoisse automatique » et l' « angoisse signal » : « Le départ se fait donc aussitôt entre deux possibilités de survenue de l'angoisse : l'une, inappropriée à une fin, dans une situation de danger nouvelle, l'autre, appropriée à une fin, visant à signaler et à prévenir une telle situation. » (p.250). L'angoisse est d'abord vécue *dans* l'épreuve. C'est l'absence perçue qui se vit dans la détresse, celle-ci se confondant alors avec l'angoisse. Dans cet état premier, il s'agit d'une angoisse automatique, d'une angoisse *face à la perte* qui saisit le sujet dans une position passive et ne lui laisse que l'attente inquiète du soulagement. Mais le bébé apprend de son expérience et commence à anticiper l'épreuve de la séparation. Il peut alors éprouver l'angoisse comme signal d'alarme.

L'absence éprouvée de la mère devient alors le danger à l'arrivée duquel le nourrisson donne le signal d'angoisse, avant même que la situation économique redoutée ne soit arrivée. Cette transformation (...) inclut en même temps le passage de la néo-apparition automatique, involontaire, de l'angoisse, à sa reproduction intentionnelle comme signal de danger. (p.253)

L'angoisse signal est donc une angoisse *face à la crainte de la perte*. Elle est initiée par le sujet et le prépare à l'épreuve, le replaçant dans une position active à partir de laquelle il recherchera des moyens pour tenter d'éviter l'épreuve ou de pallier l'absence vécue. Freud insiste enfin sur le fait que ces deux types d'angoisse, quelle que soit la qualité du développement du sujet et la nature des situations qui les engendrent, « peuvent persister côte à côte et induire le moi à la réaction d'angoisse » (p.257) à tout âge de la vie.

La psychanalyste Mélanie Klein⁴²⁷ s'est appuyée sur son expérience clinique des difficultés psychiques des très jeunes enfants pour modifier et compléter la théorie freudienne du développement psychoaffectif du sujet. Ce développement est pour elle moins séquencé, les différents jalons décrits par Freud étant intégrés progressivement dès la naissance. Ainsi par exemple, le surmoi, qui se constitue dans l'approche de Freud à partir de la résolution du complexe d'Œdipe, trouve-t-il son origine, dans la perspective de Klein, dans les premières expériences vécues par le nourrisson. De plus, elle insiste sur l'importance de l'agressivité et de la pulsion de mort chez le très jeune enfant, les travaux psychanalytiques ayant privilégié jusqu'alors l'étude de la libido liée à la pulsion de vie. À partir du travail de Freud sur l'angoisse dans « Inhibition, symptôme et angoisse », elle souligne donc qu'il existe une angoisse avant l'angoisse de perte. L'angoisse est pour elle *d'abord* une angoisse de mort.

Nous pouvons supposer que la lutte entre la pulsion de vie et la pulsion de mort agit déjà pendant la naissance et accentue l'angoisse de persécution suscitée par cette expérience pénible. Il semblerait que cette expérience a comme résultat de faire apparaître comme hostile le monde extérieur. (p.261)

La détresse est ainsi première à être expérimentée et entraîne des mouvements de destructivité du nourrisson à l'encontre des représentants originaires de l'extérieur. Elle se reproduit dès que les premiers écarts apparaissent entre besoin et satisfaction par la mère : « Le bébé vit cette frustration par le sein, qui implique en fait un danger pour la vie, comme une vengeance à l'égard de ses pulsions destructrices contre le sein et comme une persécution de la part du sein frustrateur » (p.261). Le sein étant progressivement perçu par le nourrisson comme un objet extérieur, ce dernier projette sur le sein ses propres pulsions destructrices, le rendant « responsable » de la menace qu'il ressent, faisant de lui le persécuteur : « le sein attaqué devient le représentant extérieur de la pulsion de mort » (p.261). Mais Klein décrit une suite à ce mouvement centrifuge. Le nourrisson en effet « introjecte » ensuite ce mauvais sein qui devient un objet interne au sujet en développement et l'accompagnera tout au long de sa vie. Il prend ainsi en lui l'objet persécuteur, ce

⁴²⁷ Klein, « Sur la théorie de l'angoisse et de la culpabilité ».

qui lui fait percevoir la menace simultanément à l'intérieur et à l'extérieur de lui, la rendant d'autant plus inquiétante. C'est donc initialement la crainte pour la vie, l'angoisse de mort qui est éprouvée par le nourrisson et celle-ci provoque sentiment de persécution vis-à-vis de l'extérieur, haine pour l'objet et tentatives de destruction de celui-ci.

Mais progressivement, le bébé, au travers de ses expériences de satisfaction (nourrissage, portage...), perçoit, à côté du « mauvais » objet, un « bon » objet. Ce dernier et les éprouvés de plaisir qu'il fait naître sont également introjectés. Klein souligne que les effets de cette situation de clivage, fondamentale au début de la vie psychique, « ne sont jamais pleinement efficaces » (p.265). Dans les moments de résolution du clivage où l'objet devient unifié, le nourrisson se trouve dans la situation d'éprouver de la haine pour son objet d'amour. Il en conçoit alors une vive culpabilité. Au fur et à mesure du développement du petit enfant, ces moments sont de plus en plus fréquents et aboutissent à ce que Mélanie Klein a nommé la position dépressive. Celle-ci se constitue après plusieurs mois de vie. Ces derniers ont été dominés par les angoisses de mort et de persécution, mais celles-ci cèdent du terrain à des angoisses dépressives qui émergent des premières expériences de culpabilité.

Puisque c'est une *personne* aimée (intériorisée et extérieure) qu'il sent endommagée par ses pulsions agressives, le bébé souffre de sentiments dépressifs intensifiés et plus durables que les expériences fluctuantes d'angoisse dépressive et de culpabilité antérieures. (...) Le sentiment que le mal fait à l'objet aimé est causé par les pulsions agressives du sujet, telle me paraît être l'essence de la culpabilité. (p.266-267)

Ainsi, à ce moment, des angoisses dépressives apparaissent dans la culpabilité d'avoir haï et tenté de détruire l'objet. Elles vont induire alors des mouvements de réparation à son égard : « La tendance réparatrice peut donc être considérée comme une conséquence du sentiment de culpabilité » (p.267). Mais pour que ces angoisses dépressives puissent jouer leur rôle dans l'investissement par le sujet des liens d'amour avec ses objets extérieurs et le monde, il est nécessaire que les angoisses de mort soient contenues.

Il semble probable que l'angoisse dépressive, la culpabilité et la tendance réparatrice sont vécues seulement lorsque les sentiments d'amour pour l'objet prédominent sur les pulsions destructrices. En d'autres termes, nous

pouvons supposer que la répétition d'expériences dans lesquelles l'amour surpasse la haine – ou en fin de compte dans lesquelles la pulsion de vie surpasse la pulsion de mort – est une condition essentielle pour la capacité du moi de s'intégrer lui-même et de synthétiser les aspects contrastants de l'objet. (p.267)

Klein souligne enfin que les angoisses persécutives ne disparaissent pas derrière les angoisses dépressives et qu'elles s'entraînent mutuellement dans une dynamique dialectique qui persiste tout au long de la vie.

L'un des résultats de ce nouveau travail sur l'agressivité a été de reconnaître à la tendance à la réparation une fonction plus importante, à titre de représentant de la pulsion de vie dans sa lutte contre la pulsion de mort. (p.273)

Francisco Palacio Espasa⁴²⁸ décrit pour sa part trois destins possibles de cette dynamique au cours du développement psychoaffectif de l'enfant. Si les angoisses persécutives sont au premier plan avec leur lot de haine et de tentatives destructrices à l'égard de l'objet dans un vécu de détresse majeure, le sentiment de culpabilité éprouvé aux moments de résolution du clivage initial est extrêmement fort. Palacio Espasa indique qu'il est alors insupportable pour le sujet et que cela va conduire celui-ci à le dénier.

Lorsque la culpabilité est très intense, son déni doit être radical pour supprimer tout sentiment de tristesse. Ce déni devient alors un mécanisme de défense psychotique auquel le moi de l'enfant doit faire recours de pair avec d'autres mécanismes de ce genre, notamment la projection qui génère l'angoisse de persécution, sentiments qui remplacent aussi bien la culpabilité que la tristesse. (p.49)

Ainsi, dans cette situation, aucune peine ni culpabilité n'est accessible au sujet. Il est tout occupé à survivre au retour de la haine qu'il a projeté sur ses objets externes. Si toutefois les expériences d'amour font contrepoids aux expériences de haine sans toutefois parvenir à les surpasser, le déni sera plus modéré. Culpabilité et tristesse ne pourront pas être intégrées de manière satisfaisante à la vie psychique du sujet, mais il aura d'autres ressources que la projection massive pour échapper à

⁴²⁸ Francisco Palacio Espasa, *La pratique psychothérapique avec l'enfant* (Paris: Bayard, 1993).

la détresse. Selon Palacio Espasa⁴²⁹, il s'agit de défenses maniaco-dépressives : « Le moi a tendance à se défendre de ces affects dépressifs trop pénibles à l'aide de défenses maniaques, à travers l'identification avec les objets idéalisés-indemnes, et mélancoliques, par identification avec les éléments morts-détruits des objets » (p.107). Enfin, si les expériences d'amour prédominent, la position dépressive peut être rejointe et ce sont alors les angoisses dépressives, de perte d'objet d'amour, qui surpassent les angoisses persécutives et nous retrouvons la description de la dynamique « normale » des pulsions de vie et de mort décrite par Mélanie Klein. Culpabilité et tristesse peuvent alors être éprouvées et donner lieu au déploiement par le sujet de diverses stratégies de défenses dont la réparation devient le motif principal.

3.3. *L'inquiétant*

En psychanalyse, l'inquiétant est d'abord étrange. L'« inquiétante étrangeté » ou l'« étrangeté inquiétant » sont des traductions du terme allemand employé par Freud⁴³⁰ (*das Unheimliche* (1919)). Elles échouent toutes deux à révéler l'ambiguïté du sens original. Comme Freud le souligne au début de son texte, l'inquiétant est simultanément étranger et familier, extérieur et intérieur. La béance qui me sépare de l'autre se comble soudain : « l'inquiétante étrangeté est cette variété particulière de l'effrayant qui remonte au depuis longtemps connu, depuis longtemps familier » (p.215). Pour illustrer cet éprouvé, Freud raconte une anecdote le concernant : il se trouve dans la cabine d'un train en marche. Il y est seul et y installe son intimité. Mais un soubresaut du train le met brusquement face à un homme d'âge mûr dont il ne comprend pas la présence, ce qui le plonge dans un état d'inquiétante étrangeté et de vive irritation vis-à-vis de cet étranger. Il se rend compte l'instant d'après qu'il ne s'agit que de son propre reflet dans une glace déplacée par le mouvement du train. Mais c'est surtout sur des créations littéraires qu'il s'appuie pour étudier l'inquiétante étrangeté. Il montre à la lecture de « l'homme au sable » d'Hoffmann que ce « depuis longtemps familier » est le

⁴²⁹ Francisco Palacio Espasa, « Angoisse », *Dictionnaire international de la psychanalyse* (Paris: Hachette Littérature, 2005).

⁴³⁰ Sigmund Freud, *L'inquiétante étrangeté* (Paris: Gallimard - NRF, 1985).

refoulé, en l'occurrence le refoulé de la castration : « cet angoissant-là est quelque chose de refoulé qui fait retour » (p.246). Pour Freud, le contenu refoulé qui ressurgit inopinément dans l'inquiétante étrangeté se lit dans les œuvres qui savent le mieux la susciter et concernent la mort, le féminin des origines (celui du tableau de Courbet) et la violence pulsionnelle propre au sujet. Cette dernière apparaît par exemple dans le motif littéraire classique du double maléfique, personnification par cristallisation des projections d'excès pulsionnels du sujet. Ainsi, l'inquiétude que provoque la différence et l'altérité se trouve-t-elle être avant tout une inquiétude face à ce qui surgit de nous-même face à l'étrange(é). La cause de l'inquiétude n'est pas la présence de l'autre mais celle de l'autre nous-même qui est en nous : notre inconscient.

Julia Kristeva⁴³¹, dans son ouvrage au titre limpide « Étrangers à nous-mêmes » analyse le texte de Freud et l'ouvre sur la question de la rencontre de l'autre. Elle insiste sur l'importance du travail de Freud.

Un premier pas est franchi qui déloge l'inquiétante étrangeté de l'extériorité dans laquelle la fixe la peur, pour la placer à l'intérieur non pas du familier en tant que propre, mais d'un familier potentiellement entaché d'étrange et renvoyé (par-delà son origine imaginaire) à un passé impropre. L'autre, c'est mon (« propre ») inconscient. (p.270-271).

Soulignant que Freud ne fait pas référence explicitement dans son texte à l'étranger, Kristeva décrit l'épreuve que constitue la rencontre de l'autre. L'impossible de la reconnaissance mutuelle découle de la censure opérée par le refoulement sur la folie et le néant qui nous sont si familiers.

Étrange aussi, cette expérience de l'abîme entre moi et l'autre qui me choque – je ne le perçois même pas, il m'annihile peut-être parce que je le nie. Face à l'étranger que je refuse et auquel je m'identifie à la fois, je perds mes limites, je n'ai plus de contenant, les souvenirs des expériences où l'on m'avait laissé tomber me submergent, je perds contenance. Je me sens « perdue », « vague », « brumeuse ». Multiples sont les variantes de l'inquiétante étrangeté : toutes réitèrent ma difficulté à me placer par rapport à l'autre, et font le trajet de

⁴³¹ Julia Kristeva, *Etrangers à nous-mêmes* (Paris: Fayard, 1988).

l'identification-projection qui gît au fondement de mon accession à l'autonomie. (p.276)

Par cette confusion dont elle témoigne, Kristeva révèle la nature particulière de l'inquiétante étrangeté, voisine de l'angoisse mais plutôt « dépersonnalisation ». Elle souligne aussi le caractère courant de cet éprouvé. Il n'est en effet pas réservé à quelques expériences esthétiques et son destin n'est pas nécessairement pathologique (même si, à la suite de Freud, Kristeva nous rappelle qu'il peut en prendre le chemin sous forme de dépersonnalisation psychotique ou encore de répétition compulsive dans la névrose obsessionnelle). L'inquiétante étrangeté appartient plutôt au domaine de la « psychopathologie de la vie quotidienne ».

Le choc de l'autre, l'identification du moi avec ce bon ou mauvais autre qui viole les limites fragiles du moi incertain, seraient donc à la source d'une inquiétante étrangeté dont l'aspect excessif, représenté en littérature, ne saurait cacher *la permanence dans la dynamique psychique « normale »*⁴³². (p.278)

Dès lors qu'elle entre dans le cours de la vie quotidienne « normale », l'inquiétante étrangeté mérite que l'on s'interroge sur sa fonction et ses destins. Kristeva souligne que, déjà dans le texte de Freud, l'inquiétante étrangeté, par le retour du refoulé dont elle témoigne, est vécue comme un éprouvé désagréable. Mais le cadre esthétique dans lequel elle émerge permet au sujet de contenir sa dépersonnalisation et de ressentir également un plaisir au surgissement des éléments refoulés. Mais qu'en est-il hors du cadre esthétique, dans la rencontre de l'étranger ? Comme l'a dit Kristeva, la confusion douloureuse survient et le risque est bien de projeter sur l'autre le pulsionnel destructeur qui nous est propre et de logiquement le rejeter tout en nous amputant d'une part de notre vie psychique : « Une telle liquidation de l'étrange pourrait conduire à la liquidation du psychique, laissant, au prix d'un appauvrissement mental, la voie libre au passage à l'acte, jusqu'à la paranoïa et au meurtre » (p.281). Mais la forme extrême que prend ici le rejet de l'autre ne doit pas masquer les innombrables déclinaisons quotidiennes de l'altérophobie qui suivent le même chemin psychique. Kristeva décrit incidemment une stratégie qui évite au sujet de ressentir l'inquiétante étrangeté et le préserve

⁴³² Souligné par nous.

ainsi de sa violence propre mais ne l'aide pas particulièrement à rencontrer l'autre. Cette défense est l'ironie. Elle permet à l'« humoriste » de s'extraire de la mêlée.

À partir d'une assurance qui est celle de son moi ou bien de son appartenance à un univers intouchable que ne menace point la guerre des mêmes et des autres, des fantômes et des doubles – il n'y voit... que de la fumée, des constructions imaginaires, des signes. (p.282)

Mais cette stratégie antalgique, sauf au prix d'un isolement radical, ne permet pas au sujet de répondre à la présence de l'autre. L'inquiétante étrangeté elle-même pourrait porter son propre remède et être un point d'appui pour le sujet désireux de rencontrer l'autre. Il se pourrait en effet selon Kristeva que la dépersonnalisation soit la condition même d'un remaniement intrapsychique propice à la rencontre. L'inquiétante étrangeté permet au sujet (le contraint et lui fait violence) de s'extraire de sa quiétude monadique et lui donne une chance de se sentir différent à lui-même, condition fondamentale à l'accueil de l'autre.

L'inquiétante étrangeté est une *déstructuration du moi* qui peut (...) s'inscrire comme ouverture vers le nouveau, en une tentative d'adaptation à l'incongru.

Retour d'un refoulé familial, certes, l'*Unheimliche* n'en nécessite pas moins l'impulsion d'une rencontre nouvelle avec un extérieur inattendu. (p.278)

L'expérience montre toutefois la difficulté de supporter une telle « déstructuration de soi » et une telle position de vulnérabilité dans la rencontre. Une solution réside pourtant dans une connaissance particulière de soi qui est celle de l'étrangeté en soi. Kristeva relaie une invitation de Freud : « Une invitation à ne pas réifier l'étranger, à ne pas le fixer comme tel, à ne pas *nous* fixer comme tels. Mais à l'analyser en nous analysant. À découvrir notre troublante altérité » (p.284).

Kristeva conclue en des termes autant éthiques que cliniques : « l'inquiétante étrangeté (...) installe la différence en nous sous la forme la plus désemparante, et la donne comme *condition ultime de notre être avec les autres*⁴³³ » (p.285).

⁴³³ Idem

Les deux visages de l'inquiétude

L'inquiétude se révèle ainsi être un sentiment complexe, à la fois inhibiteur de toute action et promoteur d'un mouvement vers l'autre.

1. L'inquiétude paralysante

L'inquiétude apparaît terriblement stable et provoque des mouvements de défiance, parfois jusqu'à la haine, anéantissant les tentatives de lien à l'autre.

1.1. *Un état stable*

Comme le souligne le sociologue Marc-Henry Soulet, l'inquiétude (« inquiétude » chez lui) constitue un état stable du système collectif, une « instabilité *structurelle*⁴³⁴ ». Un fois installé, il est très difficile à remettre en cause. Cette propriété de l'inquiétude se retrouve dans les travaux d'autres sociologues, et notamment ceux qui étudient la vulnérabilité sociale et les problématiques de la postmodernité. Nous avons vu que selon Viviane Châtel, la vulnérabilité dans notre société actuelle ne concerne pas uniquement certaines catégories de population identifiées comme telles, mais touche l'intégralité du corps social en induisant des réactions institutionnelles qui, pour la plupart, tendent à stabiliser plus encore l'état d'inquiétude. Certains discours sur l'addiction – portés principalement par des acteurs du champ politique comme dans le cadre de la conduite de la « guerre contre la drogue » – peuvent participer à l'entretien de la « culture de l'inquiétude ». Dénonçant un « fléau », identifiant des « ennemis » de la santé, de la vertu et de la liberté, mettant en jeu des « forces de combat », ces politiques semblent entretenir l'inquiétude plutôt que de l'apaiser. Au plan de leur efficacité à réduire les trafics et les niveaux de consommation, elles sont de plus en plus fréquemment considérées comme coûteuses, inefficaces et génératrices de nombreux effets délétères aux plans individuel et social. Concernant les représentations que le grand public a des personnes addictées, nous avons souligné

⁴³⁴ Idem

qu'elles tendaient à se dégrader et à se faire plus sévères, et l'on peut penser que la « culture de l'inquiétude » dans sa déclinaison sur les addictions y participe. Il s'agit là d'éléments périphériques de la relation de soin en addictologie, mais nous avons vu combien ces questions du climat et du regard extérieur sur les patients pouvait être importantes et envahissantes pour les soignants, quels que soient leurs lieux d'exercice et leurs références. Percevant confusément l'impact des évolutions sociales sur leur identité et leurs pratiques, ils s'interrogent sur le cadre et le sens de leur action. Nous éprouvons nous-même régulièrement ces flottements et ces doutes sur notre place sociale, sur notre identité de soignant en addictologie et sur les orientations à donner au soin. Nous avons analysé, au terme de notre première partie, certaines caractéristiques saillantes du mouvement addictologique actuel. Il nous a semblé alors très en phase avec les évolutions sociales dans la perspective postmoderne. La menace d'instrumentalisation par le mouvement social est perçue par les soignants et ils se demandent parfois si, dans leurs actions, ils répondent à une injonction sociale ou à une souffrance individuelle. Nous l'avons vu, les liens entre eux apparaissent tantôt comme rigides (notamment au sein de chaque équipe) tantôt comme lâches (entre certains sous-noyaux d'équipe et entre les équipes). Nous pouvons penser ici aux liens « liquides » tels que Zygmunt Bauman les décrit et les associer aux filiations embarrassantes dont témoignent les responsables d'équipe et aux affiliations « en réseau », encore au sens de Bauman, qui se mettent en place. Tout cela semble concourir à positionner les soignants en état de flottement stable, dans un « nous » des soignants en addictologie qui reste incertain. Dans notre approche progressive de la rencontre interindividuelle, nous devons encore nous arrêter au niveau des groupes que constituent les équipes de soin. Nous avons vu dans nos observations et nos analyses des groupes d'EthNaA et au travers de nos expériences subjectives qu'ils fonctionnent régulièrement selon des modalités « inquiètes », qu'il s'agisse de moments d'illusion groupale ou de projection massive. Les « cadres » mis en place sont des synthèses entre les missions confiées par le corps social, la gestion institutionnelle et la pensée du soin par l'équipe. Ces cadres apparaissent soit rigides, sécurisants mais contraignants parfois à l'extrême, soit poreux, peu sécurisants et laissant planer un doute sur leur pérennité. L'état d'inquiétude nous apparaît donc ici constitué et stable dans la mesure où les soignants peinent à trouver des moyens pour s'en dégager où à les

mettre en œuvre quand ils les identifient. Il semble en aller de même à l'échelle individuelle. Les travaux de Paul Ricœur nous ont indiqué que la quiétude monadique, notamment celle du *cogito* cartésien était un leurre et qu'elle supposait un double découplage d'avec l'autre et le temps. En ce sens, cette quiétude particulière nous semble être, dans le cadre du soin des addictions, toujours une inquiétude. Elle ne peut se trouver qu'au prix d'un effacement de l'existence de l'autre, au moyen par exemple de l'établissement de liens de domination ou par l'abandon des patients. Ricœur nous aide encore à souligner que, dans cette situation, la relation à l'autre se place sous le primat de la violence et que le principe de réciprocité induit finalement un état d'équilibre stable des violences. Soignants et patients sont simultanément victimes l'un de l'autre dans un état d'équilibre relationnel difficile à remettre en cause. Nous pouvons rappeler les nombreux discours de soignants dans l'étude EthNaA qui portent sur la violence patente et latente des patients, mais aussi sur la leur-propre, indiquant qu'avec certains patients s'installent des « équilibres de la peur ». L'inquiétude est ici intense et solide et installe la relation dans un climat de défiance. Soulet l'a bien indiqué, l'inquiétude est un paysage dans lequel la confiance ne tient plus.

1.2. La défiance au cœur du duel

Nous avons rappelé dans notre seconde partie que la confiance était indispensable pour la relation de soin mais qu'elle était également fragile. Le contexte de « quiétude » qui, selon Soulet, repose sur la confiance est un état de « stabilité instable ». Il permet un bon fonctionnement collectif et soutient l'identité individuelle et le sens de l'action. Mais une fois déstabilisé, la défiance s'installe et nous pouvons rappeler ce que Diego Gambetta⁴³⁵ en dit : « Une fois la défiance installée, il devient rapidement difficile de savoir si ses motifs la justifient, et ce parce qu'elle a la capacité d'être autoréalisatrice et de générer une réalité cohérente en soi » (p.234). Nous pouvons rapprocher ces idées, des analyses d'Anthony Giddens sur l'« institutionnalisation du doute » ou de Denis Duclos et Myriam Klinger sur la « culture de l'inquiétude » qui soutiennent que les dispositifs

⁴³⁵ Gambetta, « Can we trust trust? ». op.cit.

d'évaluation et de contrôle mis en place par le corps social renforcent le doute et l'inquiétude. Le refus de toute prise de risque, que ce soit face au regard social ou en présence de l'autre, apparaît en effet ici un moteur particulièrement important du climat de défiance. Nous avons vu au travers de l'étude EthNaA et de nos observations subjectives que les groupes soignants et leurs institutions mettent fréquemment en place des dispositifs que nous avons appelés « pratiques de défiance ». Ils peuvent reposer sur des contrats de soin imposés et rigides, divers tests de contrôle des consommations, des interrogatoires, des portes fermées, des glaces sans tain, la vidéosurveillance... Nous avons vu également que les soignants s'interrogent fréquemment sur leur efficacité et révèlent leur dimension inquiétante pour les patients et pour eux-mêmes.

Si la défiance s'installe dans le groupe traversé par l'inquiétude, elle agit également au cœur de la rencontre avec les patients. Nous avons souligné, dans notre analyse des discours des participants à l'étude EthNaA, comme dans nos propres histoires avec les patients, que la défiance est présente dans la relation de soin et qu'elle peut être consciente à l'esprit des protagonistes. Les soignants mesurent l'intensité des émotions qui les animent dans leurs aventures avec les patients et en soulignent régulièrement le caractère pénible voire insupportable. Nous en avons nous-même fait l'expérience, comme par exemple au cours de notre histoire avec Madame C. La description que Sigmund Freud fait de l'angoisse automatique nous semble ici bien illustrer la nature de ces éprouvés. Nous pouvons nous souvenir de nos propres ressentis dans les moments d' « abandon » par Madame C et à sa mort ou du récit qu'ont fait les soignants du CHU de l'histoire du « Peintre ». Ces temps de la relation ont été des occasions d'éprouver des affects difficilement supportables qui s'apparentent à la détresse et à l'angoisse automatique telles que pensées par Freud. Dans ces moments, les soignants sont saisis dans une posture passive et subissent une douleur « de perte » qu'il n'est pas toujours possible de penser ou d'évacuer. Mélanie Klein nous indique que d'autres angoisses peuvent être plus fondamentales encore. Ces angoisses persécutives assaillent le nourrisson mais peuvent être ressenties à tout moment de la vie « normale » si le contexte y invite. Nous avons vu dans la synthèse de nos observations que le contexte social, groupal et interindividuel sollicite d'abord principalement les ressources narcissiques des soignants. Il ne nous paraît donc pas

étonnant d'observer ces angoisses persécutives dans la relation de soin. Nous l'avons vu, la projection du « mauvais » sur l'autre en est un ressort essentiel, et nous comprenons que les patients puissent prendre aux yeux des soignants des figures de monstres et de barbares. Dans cette configuration, l'autre est bien entendu difficile à rencontrer. Il est le radicalement autre comme l'énoncent certains professionnels autour de l'histoire de Lord Jim et le « double maléfique » de Freud. Repoussé loin de soi, parfois dans un autre monde (celui de l'au-delà, du purgatoire, ou des animaux), le patient addicté peut porter tous les vices de l'addiction. Il est menteur, manipulateur, dépravé, violent et faible de volonté. Toutefois, chacune de ces catégories de jugement moral se retournent contre les soignants et ces derniers se les appliquent fréquemment. Le « double » fait retour et comme l'indique Michel Geoffroy, le barbare se fait intime. Parmi nos recherches philosophiques, celles qui concernent l'*akrasia* nous semblent déjà porter cette ambiguïté. Les philosophes qui se sont penchés sur ce problème sont souvent partis de leurs propres expériences et mésaventures. La faiblesse de la volonté est en effet une expérience universelle et intemporelle face à laquelle chacun peut éprouver une perplexité. Mais dans le contexte d'inquiétude, c'est à l'autre que cette faiblesse est renvoyée, lui qui ne sait pas délibérer rationnellement, qui cède à ses passions, qui ne voit que son intérêt à court terme. Mais l'« inquiétant » psychanalytique nous a permis de comprendre que l'inquiétude que faisait naître en nous la présence de l'autre était liée à notre difficulté propre à vivre avec l'étranger en nous-même. En lisant les travaux de Julia Kristeva, nous voyons quels dangers peuvent nous guetter au moment où nous rencontrons l'autre : nous sommes dépersonnalisés. Dans cette étude de l'inquiétude, nous pensons volontiers alors que la crainte collective du risque, celle, individuelle, des éprouvés de détresse et l'éveil en nous de la peur de l'étranger externe et interne peuvent être propice à l'émergence d'affects de haine et de passages à l'acte agressifs.

1.3. Le risque de la haine

L'« homme sans lien » de Zygmunt Bauman est une figure de la déliaison. Son rapport à l'autre et au collectif se place sous l'égide des principes de « sécurité, parité et réseau », faisant de lui un sujet de liens « liquides », isolé et inquiet. La

rencontre « solide » de l'autre est pour lui effrayante. Dans la perspective de Guy Rosolato, ce sont des sujets occupés par un désir « pur » qui entrent en contact. Ils y recherchent une jouissance qui se fait au dépend de l'autre devenu instrument à leur service. C'est le temps, chez Mélanie Klein, des angoisses de persécutions qui amènent le sujet à projeter sur l'autre sa propre destructivité et à le haïr pour éviter de se détruire lui-même. Nous sommes dans la situation décrite par Francisco Palacio Espasa où ces angoisses sont trop prégnantes pour permettre au sujet d'entrer dans un mouvement dépressif. Il continue alors à héberger un clivage et à vivre dans un état de menace constant qui nourrit sa haine. Soulignons avant de poursuivre que nous ne parlons pas ici du développement entravé d'un jeune enfant en difficulté, mais d'adultes accomplis occupant une profession du soin. Lorsque nous caractérisons ainsi l'inquiétude qui peut les assaillir, nous n'indiquons pas que la rencontre les plonge irrémédiablement dans un état de folie destructrice. Ils disposent en effet de ressources que les nourrissons en détresse n'ont pas, et peuvent s'appuyer sur elles, comme nous l'avons déjà vu, pour réduire le clivage et retrouver un niveau plus intégré de fonctionnement psychique. Nous soulignons plutôt que dans certaines situations que nous avons vues se dessiner dans les discours et dans nos propres récits (agressivité, discontinuité ou retour aux produits des patients, déceptions vécues par les soignants, affaiblissement des cadres théorico-cliniques...) et qui sont assez fréquentes dans les relations de soin, ces angoisses originaires peuvent être éveillées chez les soignants et provoquer des mouvements haineux et des passages à l'acte au contenu agressif (emprise, lâchage, violence verbale...). Nous en avons eu des illustrations dans nos relations avec les participants au cours de l'étude et dans leurs discours.

L'inquiétude radicale que nous exposons ici et qui contient l'expérience de la détresse et les mouvements de haine trouve un écho qui nous semble éclairant chez Jean-Paul Sartre⁴³⁶. Pour ce dernier, nous l'avons noté, le regard que l'autre porte sur moi me fige dans la chose que je suis et fait de moi un instrument. Il est d'ailleurs intéressant de noter que la clinique médicale et la relation de soin sont pour lui des situations illustratives des effets du regard de l'autre sur soi. Je ne serai jamais reconnu par lui comme un sujet libre au sens que ce terme a pour moi. Je ne

⁴³⁶ Sartre, *L'être et le néant*. op.cit.

serai jamais qu'un sujet « pour-autrui », aliéné et posé dans le monde parmi les autres en-soi.

Mon corps est pour moi l'instrument que je suis et qui ne peut être utilisé par aucun instrument ; mais dans la mesure où autrui, dans la rencontre originelle, transcende vers ses possibilités mon être-là, cet instrument que je suis m'est présentifié comme instrument plongé dans une série instrumentale infinie, encore que je ne puisse d'aucune manière prendre un point de vue de survol sur cette série. (p.393)

Dans la rencontre, l'autre, en m'assignant cette place, fait s'écrouler mon monde *pour-moi* et en prend possession.

Mon corps, en tant qu'aliéné, m'échappe vers un outil-parmi-des-outils, vers un être-organe-sensible-saisi-par-des-organes-sensibles, cela avec une destruction aliénante et un effondrement concret de *mon* monde qui s'écoule vers autrui et qu'autrui ressaisira dans *son* monde. (p.393)

La détresse se vit ici dans cet effondrement du monde propre et son écoulement dans la liberté de l'autre. Cette pensée nous invite à nous questionner sur certaines expériences de rencontre que nous avons relatées. Ce saisissement par l'autre, cette inquiétude soudaine de se voir assigné une place parmi les instruments du monde d'autrui, apparaît à plusieurs niveaux. En présence des soignants ayant accepté de participer à l'étude, nous nous sommes souvent sentis brusquement fixés dans notre identité de soignants, de chercheurs, de psychanalystes, de psychiatres, de fascistes, de policiers... Mais il est très probable que les participants eux-mêmes aient ressentis sourdement ce saisissement volontiers soutenu par le processus de recherche. Dans nos récits cliniques, l'évocation de la rencontre initiale aux urgences avec Madame C illustre l'effet du regard selon Sartre. Dans ses yeux, nous étions les instruments utilisables pour *sa* liberté et nous nous sentions figés à cette place, nos multiples possibilités de ne pas être *ceci* s'évanouissant. Nous imaginons aussi que cette expérience est connue de Monsieur A de par le regard depuis longtemps porté sur lui et par Monsieur P regardé par nous comme patient velléitaire. Le saisissement par le regard de l'autre est très présent dans les discours recueillis dans le cadre de l'étude, mais il nous faut, pour explorer plus en profondeur les expériences particulières vécues dans le soin par les soignants, avancer un peu plus dans la pensée de Sartre. Ce dernier en effet étudie les attitudes

que le phénomène du regard d'autrui induit chez le sujet. Nous pouvons l'indiquer tout de suite, aucune de celle-ci n'aboutit à un résultat satisfaisant, à l'établissement d'une relation respectueuse de la singularité et de la liberté de chacun. La première possibilité abordée incidemment par Sartre, et qui ressemble à la position de l'« humoriste » de Kristeva, est l'indifférence. Elle correspond au refus pur et simple de la relation à l'autre, elle est « *cécité* vis-à-vis des autres » (p.420). Mais pour Sartre, cette situation n'est pas tenable. Les autres sont partout. Ils me regardent et je suis plongé au milieu d'eux : « quels que soient nos actes, en effet, c'est dans un monde où il y a déjà l'autre et où je suis de trop par rapport à l'autre, que nous les accomplissons » (p.450). Je n'ai donc pas d'autre choix que de me confronter à eux. Ma liberté de sujet étant en cause dès que je suis présenté à l'autre, l'enjeu de la rencontre est systématiquement majeur. Il n'y a pas de rencontre « légère », et cela correspond bien à ce que disent les soignants des patients et de la relation de soin : on ne peut pas, dans cette clinique, rester en retrait, à distance, en surface. On est impliqué dans la rencontre, tout de suite, fortement, à tous les niveaux de notre identité. Mais les choses sont plus graves encore pour Sartre : il n'y a pas de rencontre à l'issue heureuse. L'isolement indifférent n'étant pas tenable pour le sujet, celui-ci n'a pas d'autre choix que d'affronter l'effet douloureux du regard de l'autre sur lui. Sartre décrit les deux possibilités qui s'offrent au sujet : regarder l'autre comme il me regarde, c'est-à-dire comme un « outil-parmi-les-outils », et par là me libérer de son regard « puisque l'objectivité d'autrui est destructrice de mon objectivité pour autrui » (p.403) ; ou intégrer en soi la liberté d'autrui sans la réifier. : « Transcender la transcendance d'autrui ou, au contraire, englober en moi cette transcendance sans lui ôter son caractère de transcendance, telles sont les deux attitudes primitives que je prends vis-à-vis d'autrui » (p.403). De prime abord, la seconde possibilité apparaît beaucoup plus satisfaisante et porteuse de l'espoir d'un véritable rencontre que la première qui évoque d'emblée la domination sur l'autre. Mais Sartre ne nous laisse aucune illusion. Pour lui, ces deux attitudes ne sont que deux moments, d'une même dynamique circulaire.

C'est précisément parce que ces attitudes sont originelles que nous les avons choisies pour montrer le *cercle* des rapports avec autrui. Comme elles sont intégrées en effet dans *toutes* les attitudes envers les autres, elles entraînent dans leur circularité l'intégralité des conduites envers autrui. (...)

Toutes les conduites envers l'autre-objet comprennent en elles une référence implicite et voilée à un autre-sujet, et cette référence est leur mort ; sur la mort de la conduite envers l'autre-objet surgit une attitude neuve qui vise à s'emparer de l'autre-sujet et celle-ci révèle, à son tour, son inconsistance et s'effondre pour faire place à la conduite inverse. Ainsi sommes-nous renvoyés indéfiniment de l'autre-objet à l'autre-sujet et réciproquement ; la course ne s'arrête jamais et c'est cette course, avec ses inversions brusques de direction, qui constitue notre relation à autrui. (p.448)

Il insiste ainsi pour dire que les rapports entre ces deux positions ne sont ni d'alternative ni dialectiques. Chacune aboutit à une impasse plus ou moins catastrophique, qui conduit le sujet à adopter l'autre. En présence de l'autre, nous nous trouvons pris dans un mouvement circulaire perpétuel : « ainsi ne pouvons-nous jamais sortir du cercle » (p.403).

Dans « L'être et le néant », Sartre commence par étudier la seconde attitude, celle qui consiste en la tentative d'assimilation de la liberté intacte de l'autre. L'espoir du sujet est de retrouver sa liberté en s'unissant à la liberté de l'autre. Ce projet fusionnel n'est pas, dans son mouvement, très différent de celui qui vise à traiter l'autre en objet pour regagner sa liberté. Mais la différence essentielle réside dans le fait que ce que je veux m'approprier n'est pas l'autre-objet mais l'autre libre, dans son altérité.

Ce n'est pas la pure *catégorie* de l'autre que je projette de m'approprier (...). Mais à l'occasion de l'épreuve concrète, souffert et ressentie, de l'autre, c'est cet autre concret comme réalité absolue que je veux m'incorporer dans son altérité. (p.405)

Pour Sartre, le modèle de cette attitude est l'amour. L'amant, selon lui, ne veut pas posséder une chose, un « automatisme », mais réclame « un type spécial d'appropriation. Il veut posséder une liberté comme liberté » (p.407). En d'autres termes, il veut être aimé. Mais la contradiction fondamentale de cette demande est que cet amour librement consenti est une limitation à la liberté. « Il (l'amant)⁴³⁷ veut être aimé par une liberté et réclame que cette liberté comme liberté ne soit plus » (p.407). Sartre l'illustre par le sentiment d'irritation que nous pouvons avoir

⁴³⁷ Nda

quand l'autre aimé nous fait serment d'amour, serment que nous exigeons mais qui atteste de l'aliénation de l'autre à nous, réduisant pour nous la portée de l'engagement libre de l'autre. Peut-être peut-on voir la trace de cette irritation dans les discours des soignants sur les « promesses » que leur font les patients et sur la façon dont ils se remettent en leurs mains. Il n'y a pas de véritable engagement quand l'autre aliène d'emblée sa liberté-propre. De même peut-on s'interroger sur les positions des professionnels de soin par rapport aux rencontres imposées par la loi. Quel amour peut s'ouvrir si la rencontre n'est pas le fruit d'un « libre choix » ?

Cette exigence contradictoire est au cœur de l'amour pour Sartre. Il insiste sur ce point et utilise de nombreuses expressions et images : « cette captivité doit être libre et enchaînée à la fois » (p.407), « (l'amant)⁴³⁸ veut être l'objet dans lequel la liberté d'autrui accepte de se perdre » (p.408), « ce qu'il exige est un engluement, un empâtement de la liberté d'autrui par elle-même » (p.408). C'est une forme de suicide que l'amant attend de la liberté de l'aimé. C'est sans doute ce qui nous a touché, sans pouvoir le comprendre immédiatement, à un moment de notre relation avec Monsieur A, lorsqu'il nous a paru que s'engager dans une relation de soin avec nous signifiait un renoncement à une liberté qui lui faisait perdre le sens de son existence. Nous avions bien le sentiment que, dans notre rôle de soignant, nous le lui demandions. Pour Sartre, deux libertés s'aliènent joyeusement dans l'amour. Et cela a une conséquence positive : « je serais en sécurité dans la conscience de l'autre » (p.408). Il y a pour moi un progrès dans ma situation de regardé-par-l'autre.

Le motif de mon inquiétude et de ma honte, c'est que je me saisis et m'éprouve dans mon être-pour-autrui comme ce qui peut toujours être dépassé vers autre chose, ce qui est pur objet de jugement de valeur, pur moyen, pur outil. (...) Mais si l'autre m'aime, je deviens *l'indépassable*, ce qui signifie que je dois être la fin absolue ; en ce sens, je suis sauvé de *l'ustensilité*. (p409)

Être dieu de bonté pour l'autre, voici le but de l'amant. Et c'est dans cette attente réciproque vis-à-vis de l'autre que l'amour atteint pour Sartre sa forme la plus accomplie.

⁴³⁸ Idem

Chacun des amants est entièrement captif de l'autre en tant qu'il veut se faire aimer par lui à l'exclusion de tout autre ; mais en même temps, chacun exige de l'autre un amour qui ne se réduit nullement au « projet d'être aimé ». Ce qu'il exige en effet, c'est que l'autre, sans chercher originellement à se faire aimer, ait une intuition à la fois contemplative et affective de son aimé comme la limite objective de sa liberté, comme le fondement inéluctable et choisi de sa transcendance, comme la totalité d'être et la valeur suprême. L'amour ainsi exigé de l'autre ne saurait rien demander : il est pur engagement sans réciprocité. (p.415)

Si l'on accepte d'envisager la relation de soin dans la perspective de ce discours sur l'amour, on peut être frappé par la signification de certains propos des soignants de l'étude EthNaA. Nos questions sur la confiance et la promesse dans le soin sont venues interroger le sens de l'engagement après des patients, et certaines réponses ont souligné un aspect de sa nature : celui de l'engagement sans attente de retour. Mais Sartre poursuit son analyse. La contradiction présentée fait régulièrement retour, le sujet oscillant entre des moments d'élévation de se vivre transcendance pour l'autre et des moments d'anéantissement face à la perception de l'aliénation de l'autre que cela implique. Le couple est alors plongé dans une interdépendance radicale, fusionnelle et inextricable où chacun demeure isolé.

Les amants demeurent chacun pour soi dans une subjectivité totale ; rien ne vient les relever de leur devoir de se faire exister chacun pour soi ; rien ne vient lever leur contingence ni les sauver de la facticité⁴³⁹. Au moins, chacun a-t-il gagné de n'être plus en danger dans la liberté de l'autre. (P.416)

C'est là pour Sartre la plus grande réussite de l'amour. Mais elle est très fragile. Dès qu'un autre autre, un tiers, apparaît, l'équilibre est rompu. En effet, il regarde le couple, et cela suffit à plonger les amants dans la honte : « il suffit que les amants soient regardés par un tiers pour que chacun éprouve l'objectivation, non seulement de soi-même, mais de l'autre » (p.417). L'amour pour s'accomplir doit rester caché. Nous pouvons penser ici aux difficultés que les soignants peuvent avoir à « s'exposer » aux regards des autres. Nous ne savons pas si l'inquiétude qui a saisi

⁴³⁹ Pour Sartre, le fait d'être au sens de l'*en-soi*.

les deux équipes qui ont finalement refusé de participer à l'étude a porté en elle quelque chose de cet amour fragile, mais nous le percevons dans certaines de nos propres réticences à présenter aux « autres » nos relations avec les patients et dans certains mouvements de défiance des soignants vis-à-vis de « l'extérieur ».

L'amour échoue donc finalement. Le sujet en quête de sa liberté n'a plus d'autre choix que d'objectiver l'autre pour tenter d'échapper à son objectivation par le regard de l'autre. Sa première tentative, dans la poursuite du cycle de Sartre, est le masochisme par lequel il essaie de noyer sa subjectivité pour la retrouver, décuplée, dans la liberté jouissante de l'autre. Mais là encore il échoue : « plus il tentera de goûter son objectivité, plus il sera submergé par la conscience de sa subjectivité » (p.419) et de l'objectivation de l'autre. L'étape suivante sera alors l'objectivation assumée de l'autre dans la haine et le sadisme. Le sujet alors veut une relation qui lui permette d'éliminer une fois pour toutes son objectivité et sa facticité. Il veut être pure liberté et, puisqu'en jouir seul n'est pas une option, imposer cette liberté à l'autre. L'autre devient d'ailleurs, pour le sadique un excellent ustensile au service de sa liberté. Il s'approprie la liberté de l'autre mais cette fois, à la différence de sa tentative dans l'amour, pour l'objectiver radicalement.

Ainsi, l'effort du sadique est pour engluier autrui dans sa chair par la violence et par la douleur, en s'appropriant le corps de l'autre par le fait qu'il le traite comme chair à faire naître de la chair ; mais cette appropriation dépasse le corps qu'elle s'approprie, car elle ne veut le posséder qu'en tant qu'il a englue en lui la liberté de l'autre. (p.443)

Pour Sartre, le comble de la jouissance du sadique est atteint lorsque sa victime renonce à ses efforts pour ne pas être réduit à une chose *en-soi*. L'efficacité du renoncement réside pour le sadique dans le fait qu'il le perçoit comme un libre choix. Sa victime est soumise à la contrainte et à la violence, mais elle décide, dans son être *pour-soi* encore intact, de renoncer à être autre chose qu'une chair dans les mains du bourreau. Cela éclaire pour Sartre les raisons pour lesquelles la victime se sent coupable d'avoir cédé alors qu'elle n'avait raisonnablement pas d'autre choix. C'est l'humiliation de l'autre qui fournit au sadique sa transcendance. Mais cette tentative ne connaît pas plus de succès que les précédentes, d'abord parce qu'en asservissant l'autre et en le réduisant, dans la douleur, à sa propre facticité, le sadique fait de lui-même « un instrument à donner de la douleur » (p.440). Ensuite

parce que ce retour violent de son objectivité se redouble lorsque sa victime le regarde.

(L') explosion du regard d'autrui dans le monde du sadique fait s'effondrer le sens et le but du sadisme. En même temps le sadisme découvre que c'était *cette liberté-là* qu'il voulait asservir et, en même temps, il se rend compte de la vanité de ses efforts. Nous voilà une fois de plus renvoyés de l'*être-regardant* à l'*être-regardé*, nous ne sortons pas de ce cercle. (p.446)

Dans nos analyses des discours de soignants, nous ne parlons pas de sadisme. En revanche nous observons régulièrement des mouvements de contrôle, de maîtrise de l'autre qui semblent être des modalités fréquentes de relation avec les patients addictés. Sartre évoque les rapports entre volonté de puissance et sadisme : sans être confondus ni consécutifs, ils naissent d'un mouvement commun. Le goût de la domination « ne saurait être antérieur au sadisme comme son fondement, car il naît comme lui et sur le même plan que lui, de l'*inquiétude*⁴⁴⁰ en face de l'autre » (p.443).

Avec l'échec du sadisme, il ne reste plus au sujet comme possibilité que d'aspirer à l'anéantissement radical de l'autre, à sa mort. Dans la haine, le sujet renonce à fusionner avec l'autre et à l'utiliser comme instrument. Il veut « simplement » le faire disparaître de son monde. Sartre accorde à la haine une certaine grandeur. La haine reconnaît à l'autre sa liberté propre et c'est celle-ci qui en est objet : « l'occasion qui sollicite la haine, c'est simplement l'acte d'autrui par quoi j'ai été mis en état de *subir* sa liberté » (p.451). La haine n'est pas le mépris. De plus, elle ne s'abaisse pas à exécrer un détail de l'autre. Haïr l'autre, c'est haïr « la totalité-psychique toute entière en tant qu'elle me renvoie à la transcendance de l'autre » (p.451). Enfin, la haine de l'autre est « haine de tous les autres en un seul » (p.452). Ma haine ne se borne pas à untel. Il est à ce moment précis le représentant et seulement le représentant du « principe général de l'existence d'autrui » (p.452). En ce sens, la première observation de Sartre sur la liberté reconnue de l'autre se trouve atténuée : l'autre devient l'instrument de la haine qui vise les autres. Nous avons parlé de haine à différents moments de nos analyses : dans certaines interactions entre soignants et patients, entre soignants et entre patients parfois,

⁴⁴⁰ Souligné par nous.

entre les participants et nous, et dans certains moments des relations de soin que nous avons présentées. À chaque fois, les mouvements de haine semblent effectivement répondre à des actes « humiliants en tant que révélation concrète de mon objectivité instrumentale en face de la liberté d'autrui » (p.451). Nous voyons de multiples traces de ces actes qui posent la liberté de l'autre dans les discours et comptes-rendus : absences aux rendez-vous, détournement des traitements, violences exercées de différentes manières, promesses non tenues, renoncement à l'abstinence et à la modération... Face à ces nombreuses manifestations, les soignants cherchent fréquemment à dédouaner les patients de leur responsabilité en insistant sur leur absence de liberté, et on peut se demander si ce n'est pas de leur part une tentative de dénier la liberté effective des patients que supposent ces conduites, du moins dans une perspective sartrienne. Toujours est-il que les patients peuvent à certains moments être objets de la haine des soignants. Et comme l'indique un professionnel du CAARUD il peut suffire d'avoir éprouvé douloureusement une fois la liberté de l'autre pour se méfier de tous, « même les plus soft » et parfois les haïr tous. Mais nous avons parlé de haine également dans nos expériences partagées avec les participants à l'étude et il ne fait pas de doute que ces derniers ont pu ressentir notre intervention de recherche comme un acte de liberté pure ayant déterminé différentes attitudes⁴⁴¹, dont la haine.

Nous ne serons pas étonnés que Sartre nous indique que cette tentative aboutit à nouveau à un échec. La haine cherche à éliminer toute liberté autre, mais celle-ci s'impose toujours. Et comme le souligne Sartre, quand bien même nous parviendrions à supprimer tout autre, nous ne pourrions rien au fait que l'autre a été un jour. Le projet même d'éradiquer l'autre implique que l'autre a existé. À cela, nous ne pouvons rien et nous ne pouvons pas l'oublier : « Celui qui, une fois, a été pour autrui, est contaminé dans son être pour le restant de ses jours, autrui fût-il entièrement supprimé » (p.452). La haine est pour Sartre la fin du cycle qui entame son mouvement perpétuel à la rencontre d'autrui. C'est la tentative la plus désespérée du sujet de maintenir en vie son projet de liberté. Tenu en échec mais jamais totalement anéanti, il s'engagera dans une nouvelle-précédente attitude, enfermé dans le cercle de sa relation à autrui.

⁴⁴¹ Au sens que Sartre leur donne.

Chez Sartre, ce cercle apparaît devoir son mouvement au déséquilibre constant qui existe entre les libertés qui s'affrontent. La rencontre, dans sa perspective, ne peut pas être équilibrée, ce qui ruine la possibilité d'une relation respectueuse de chacun : « Nous ne pouvons jamais nous placer concrètement sur un plan d'égalité, c'est-à-dire sur le plan où la reconnaissance de la liberté d'autrui entraînerait la reconnaissance par autrui de notre liberté » (p.449). Il insiste sur ce point en montrant comment toute tentative de préoccupation pour l'autre, de souci et de soin est vaine, voire perverse. En effet, aider l'autre à regagner une liberté, c'est l'utiliser comme instrument dans ce but, et par là-même lui bloquer tout accès à cette liberté. C'est autour de cette idée que s'organise la tentative de *l'empowerment*, référence implicite fréquente pour les soignants, avec la contradiction interne difficilement dépassable de devoir aider sans influencer. Mais Sartre pousse plus loin son analyse et évoque le « consolateur » que nous n'aurons pas de difficulté ici à identifier à nos soignants.

Il agit donc pour séparer la liberté de l'affliction, comme on sépare l'une de l'autre les deux composantes d'un produit chimique. Du seul fait qu'il considère la liberté comme pouvant être triée, il la transcende et lui fait violence et il ne peut, sur le terrain où il se place, saisir cette vérité : c'est que c'est la liberté elle-même qui se *fait* affliction et que, par suite, agir pour libérer la liberté de l'affliction, c'est agir contre la liberté. (p.449)

Ce discours nous paraît d'autant plus intéressant qu'il résonne avec les conceptions romantiques de l'addiction comme geste de liberté, comme avec les réflexions pragmatiques sur la rationalité de l'addicté. Sans doute Sartre formule-t-il ici de manière particulièrement limpide une contradiction qui inquiète insidieusement les soignants en addictologie.

1.4. Paralysie et mort

Sociologues, philosophes et psychanalystes nous ont permis d'envisager différents plans dans lesquels se nouent la relation de soin : environnement social et symbolique, mouvement disciplinaire, institution de soin, dynamique d'équipe et rencontre interindividuelle. Chacun ici nous parle d'une inquiétude qui résonne de manière juste avec les discours des soignants rencontrés dans le cadre de l'étude

EthNaA et avec nos propres observations : une inquiétude qui paralyse. Les origines de l'inquiétude sont celles déjà énoncées par les professionnels, mais elles entrent dans des catégories conceptuelles plus larges. La culture de l'inquiétude, l'institutionnalisation du doute, la vulnérabilité sociale, le regard de l'autre, et l'étrangeté propre et persécutive du soignant viennent, dans la configuration créée par la présence d'un produit et de comportements addictifs, constituer l'expérience d'inquiétude des professionnels. Dans cette qualité d'inquiétude, les rapports à l'autre-patient sont pris, comme nous l'avons souligné en conclusion de notre quatrième partie, dans une circularité problématique. Avec la pensée de Sartre, nous pouvons peut-être mieux comprendre comment, malgré des mouvements d'amour à l'égard des patients – amour qui suppose une reconnaissance de l'autre-sujet, la relation demeure piégée dans un mouvement qui ramène régulièrement les protagonistes à des positions narcissiques qui induisent défiance et haine. Le cycle qui nous est apparu dans nos recherches se rapproche effectivement de celui que décrit le philosophe de « L'être et le néant ». Les mouvements problématiques des soignants de défiance, de haine, de contrôle et de lâchage que nous avons soulignés rencontrent, sans être tout à fait superposables, les « attitudes » d'indifférence, de masochisme, de sadisme et de haine décrites par Sartre. De même, l'amour constitue l'autre polarité du cercle. C'est ici que nous voyons la possibilité de réalisation d'une alternative à la position première, ou peut-être d'une mise en jeu des pôles du cercle dans un nouveau rapport dialectique. Or précisément, Sartre ne croît pas à une telle possibilité, et, nous l'avons vu, il considère que l'amour est voué au même échec que les autres tentatives de se placer face au regard de l'autre. Le sujet sartrien n'a pas d'autre choix, pour survivre, que de refuser à l'autre son droit à la subjectivité, même dans l'amour. Malgré son besoin d'un autre libre, il ne peut que l'aliéner. Souvenons-nous, il en résulte, dans les cas d' « amours heureuses », une forme d'équilibre qui fait tenir la contradiction liberté-dépendance au prix d'un isolement duel. Nous sommes dans la configuration d'une quiétude monadique double qui vit dans le déni de l'altérité et du temps. Les soignants qui parlent d'amour sans parvenir à s'extraire de la circularité des rapports avec les patients sont piégés dans la contradiction implicite des formules de Ricœur : « Je suis libre » et « Je veux que ta liberté soit ». Dans ce contexte où le troisième terme fait défaut, où il reste à l' « extérieur » de la relation et prend des formes

persécutrices, la reconnaissance de l'autre en tant que sujet propre, élément nécessaire à la relation, tombe dans l'affrontement au premier mouvement de reprise de liberté de l'un des protagonistes, ou lorsque, face au regard des tiers, la honte surgit. Et ainsi se poursuit la circularité des liens mutuels soignants-patients, avec les risques de « dérives » relationnelles qu'elle implique. Elle peut, selon les cas, laisser mourir ou délibérément mettre à mort la relation de soin.

Il nous a toutefois semblé que, au travers des histoires des professionnels et de nos expériences propres, un autre investissement amoureux dans le soin pouvait permettre une reconnaissance de l'autre comme sujet, et donc soutenir une relation de soin. Il nous faut donc poursuivre notre étude de l'inquiétude pour en extraire une nouvelle qualité dont nous espérons qu'elle viendra soutenir nos efforts pour dégager la relation de la paralysie dans laquelle elle se trouve ici.

2.L'inquiétude mobilisante

L'inquiétude se révèle en effet capable de relancer une action vers l'autre et de permettre une restauration de la confiance dans la relation.

2.1. *Un élanement*

Dans le regard sociologique, l'inquiétude est une situation critique. Elle est source de déliaison sociale et de sentiments négatifs, et est redoutablement stable. Toutefois des auteurs comme Alain Ehrenberg ne l'envisagent pas uniquement du point de vue de ses propriétés paralysantes. Elle est également possibilité de réaction pour l'individu, source de subjectivation. Cela s'accorde bien avec les conceptions philosophiques que nous avons vues. Pour John Locke, L'inquiétude est un moteur pour la pensée et l'action, c'est une agitation profonde qui nous met en branle. Elle est pour Jean Deprun, à la lecture des penseurs des Lumières, la condition de l'accès à la « vérité » et pour le psychanalyste Guy Rosolato, sous certaines conditions, un désir de connaissance, une aspiration vers l'inconnu. L'inquiétude est bien toujours vue comme un affect pénible, mais avec une visée. Elle est ici élanement, plutôt qu'immobilité ou circularité. Il faut entendre ici la double signification de ce terme : douleur, et engagement énergétique d'un

mouvement. Les sentiments douloureux de toutes intensités sont présents tout au long de nos analyses. Ils sont parfois sidérants mais entraînent le plus souvent une mise en mouvement de la pensée des soignants qui se lance dans des élaborations propre à les soulager et imagine des pratiques nouvelles dans la relation de soin. Mais l'inquiétude ne se contente pas d'animer le sujet, elle l'inscrit dans son rapport au monde. Nous l'avons vu avec Paul Ricœur critique de Descartes, l'inquiétude qui dépasse la quiétude du *cogito* est mouvement vers l'autre et engagement dans le temps. De même pour Vladimir Jankélévitch est-elle la condition d'un ancrage dans le passé et du regard vers l'avenir. L'inquiétude, en historicisant le sujet, pousse les soignants, comme elle nous pousse nous-même, à échafauder des récits de leurs relations avec les patients, à regarder le passé de ces derniers mais aussi le leur-propre et y trouver un sens aux souffrances des addicts et à leur engagement de professionnel. C'est elle également qui les conduit à se projeter vers le futur et à y voir la possibilité d'un mieux-être pour leurs patients et d'une diminution de la violence sociale collective.

Parmi nos auteurs, Marc-Henry Soulet souligne particulièrement nettement l'impératif de mobilisation que pose l'inquiétude. Précisément parce qu'elle attaque les liens interhumains et le sens de l'action, elle impose à l'individu un mouvement réparateur. L'approche de Soulet consiste en une théorisation de l'action en contexte limite qui rend compte de certaines expériences sociales. Pourtant, il souligne lui-même que cette pensée a des implications plus larges. Elle nous semble de plus avoir une visée singulière. Si l'auteur n'affirme pas une perspective morale dans son travail, la nature de ses réflexions nous permet toutefois d'en avoir une lecture morale. La visée de l'agir poïétique, qui est ce type particulier d'agir que l'inquiétude requiert, est la restauration d'un contexte de quiétude qui repose sur une confiance mesurée et sur des routines pratiques. Toutefois, à la lecture des travaux de Soulet, il nous semble que le « bien » visé ici est plus complexe. Si, par l'énergie qu'il nécessite, l'agir poïétique peut être pénible et épuisant, il est également l'espace où l'individu se ressaisit, se resubjective, s'engage dans des liens authentiques avec les autres et crée de nouvelles pratiques. Toutes possibilités dont rien n'indique dans les écrits de Soulet qu'elles puissent atteindre la même intensité en contexte de quiétude. L'inquiétude serait alors ici aussi la condition d'un rapport à l'autre resubjectivant et novateur. Dans ce renouvellement du rapport

à l'autre, l'action prend une forme et acquiert des caractéristiques particulières. Le contexte d'action étant dominé par l'incertitude quant aux moyens, au sens et aux finalités disponibles pour celle-ci, un agir doit être tenté. C'est un essai d'action, à l'aveugle en quelque sorte, mais qui s'appuie sur les réserves propres à l'agent. Privé de repères extérieurs, il doit agir tout en pensant son action. Cette idée de la réflexivité de l'agent est fondamentale dans la perspective de Soulet parce qu'elle initie l'action nouvelle tout en lui créant son sens et sa finalité, mais aussi parce que, ce faisant, elle place l'agent en position d'acteur responsable et lui redonne un statut subjectif dans le lieu-même où l'inquiétude radicale l'en avait privée. Ce sociologue développe ses réflexions à partir de l'expérience de sujets placés, dans l'espace social, en situation d'inquiétude comme les sans-abris ou les toxicomanes. Les soignants connaissent cette capacité de certains de leurs patients, ou des personnes addictées plus généralement, de poser des actes novateurs et de recréer au travers de ceux-ci un monde de sens et de finalités. Cette idée soutient les conceptions qui laissent une place importante à la liberté subjective de l'addicté, et assez logiquement, c'est au CAARUD qu'elle apparaît le plus nettement. Plus qu'ailleurs, les patients y sont vus comme des sujets d'action et les soignants soulignent la nécessité de comprendre que si celle-ci leur semble insensée et sans but, elle est, pour l'addicté, sensée et orientée. Et plus encore, qu'elle recèle des capacités de créativité hors du commun. Mais cette idée traverse également les autres discours recueillis au CHU et au CSAPA. Mais notre observation présente porte sur les soignants et leur expérience de la relation, et nos analyses soulignent et caractérisent le contexte d'inquiétude dans lequel ils vivent celle-ci. L'agir poïétique peut donc être pour nous d'une grande aide pour l'éclairage des positions et pratiques soignantes en addictologie. Il apparaît nettement que les professionnels se trouvent par moments, face aux patients, privés de leurs ressources usuelles pour donner du sens, pour comprendre la nature de l'expérience relationnelle qui se vit avec eux et pour poser des actes qui leurs paraissent sensés et clairs quant à leur but. Les discours des soignants du CHU sont à cet égard très significatifs quand, par exemple, ils déclarent manquer toujours des bons éléments de formation pour répondre de manière adéquate aux patients ou quand ils s'interrogent sur la pertinence des objectifs du soin, notamment en ce qui concerne l'abstinence. Mais les réflexions de Soulet sur l'agir poïétique nous semblent également propres à

rendre compte du fait que, quel que soit le lieu où les discours sont recueillis, la décision de poser des actes et des pratiques de soin novatrices apparaît comme la condition de la mise en place d'une relation professionnel-patient dynamique et thérapeutique.

Mais dans ce moment où, dans la rencontre, l'inquiétude devient déséquilibre en avant, se pose la question de ce qui va permettre de soutenir les agents, soignants et patients, dans leur mouvement commun.

2.2. La confiance possible par le tiers

Nous avons vu que pour Sigmund Freud, le bébé connaît un moment où il acquiert la capacité d'anticiper la perte de son objet d'amour et peut alors percevoir une « angoisse signal » le plaçant en position active et stimulant son développement psychique. Mais Freud ne dit alors pas ce qui est à l'origine de cette nouvelle capacité du bébé et elle apparaît essentiellement comme une compétence cognitive développementale acquise. Pour Mélanie Klein, l'émergence d'angoisses dépressives et leur prééminence progressive sur les angoisses persécutives s'engagent tôt dans la vie du petit enfant, et c'est la culpabilité qui en est le moteur. Celle-ci, nous l'avons vu, est provoquée par la perception par le sujet de ses attaques destructrices de l'objet d'amour, et entraîne tristesse et besoin de réparation. Cette apparition de la culpabilité suppose déjà que les pensées et actes du petit enfant soient évalués par rapport à une référence normative interne qui est constituée par un « noyau de surmoi », précurseur du surmoi définitif. Ce noyau encore immature contient les premières représentations parentales en tant qu'extérieures et différenciées de l'enfant. Ainsi s'éprouve, dans le mouvement de culpabilité, un début de rencontre qui se fait avec l'autre en présence du tiers. C'est dans un éprouvé dépressif du sujet que se forme la triade symbolique mère-père-enfant. Il y a déjà ici une trace précoce de la castration dans l'épreuve que fait le sujet de sa dépendance essentielle à ses objets d'amour. Acquérir une certaine sécurité, en lui et avec les autres, dans ce contexte, suppose alors que le sujet, à la fois, compense ses attaques haineuses à l'égard de ses objets internes et externes par des mouvements réparateurs de tendresse et de sollicitude, et renonce à être autosuffisant. De là dérivera sa capacité à se sentir confiant et à investir d'autres

sujets de sa confiance, et ce d'autant mieux que les expériences réelles d'amour auront été satisfaisantes pour lui. L'amour nous met en contact avec l'autre et nous y reviendrons plus loin, mais ici, nous insistons sur le rôle indispensable du tiers pour qu'une rencontre « en confiance » soit possible. Nous pouvons rappeler ici l'importance que Ricœur donne au troisième terme, plus lointain que l'autre, le « tu », mais condition absolue de la reconnaissance de ce dernier.

Dans la caractérisation du contexte d'inquiétude par Marc-Henry Soulet, la fonction du tiers apparaît concrètement à la fois dans l'effort de réflexivité du sujet agissant en référence à ses capacités de quiétude interne et dans la légitimation qu'il doit rechercher auprès des autres pour donner sens à son action nouvelle. En effet, l'agent poïétique, celui qui tente d'agir malgré l'inquiétude, est un sujet d'histoire. Le contexte d'inquiétude le prive de l'usage routinier de ses ressources et dissout le sens étayé par ses expériences passées. Mais ce passé persiste et, à la condition de certaines opérations, pourra participer à la récréation de sens et de finalité à l'action. Le mouvement de l'agent poïétique est alors « ce 'calcul symbolique' qui, par une reconceptualisation de l'existence conduit à une réorganisation des lignes biographiques des actants » (p.47). Il s'agit là d'un mouvement individuel qui s'inscrit dans un processus de subjectivation et qui se joue au sein du corps social, mais dans un premier temps au sein d'une enclave individuée. Ce n'est que dans le temps d'après que l'agir poïétique se socialise. Mais, pour Soulet, cette socialisation n'est pas pour autant « secondaire », elle est la condition même de la récréation de sens qui achève le processus de subjectivation de l'agent. Il décrit ce mouvement ainsi :

Le rôle du *tiers*⁴⁴² est en effet essentiel mais les ressources du réseau ne peuvent être saisies comme des opportunités que lorsque l'action se finalise, en cours d'action donc. Auparavant, les ressources, quelles qu'elles soient, sont dormantes, inutilisables. (p.47)

La fonction du tiers semble donc d'abord gelée. Or, dans ce que semblent indiquer les soignants d'EthNaA, le tiers ne s'évanouit pas totalement dans l'inquiétude. Il y est sans doute massivement attaqué, mais demeure malgré tout une ressource pour l'agent. Celle-ci nous paraît résider dans ce que Soulet décrit comme l'

⁴⁴² Souligné par nous.

« historicité » de l'individu. Son passé est un plancher sur lequel il peut reprendre pied pour agir, il recèle « des ressources individuelles nées de dispositions incorporées comme d'un capital expérientiel accumulé » (p.49). C'est donc bien un tiers intériorisé que soutient l'agent dans son effort d'action et de subjectivation.

Ensuite, nous l'avons vu, le tiers extérieur entre à nouveau en scène, ce temps réalisant la synthèse entre fonction tierce interne et externe. Pour aller au terme de son agir poïétique, l'agent doit en effet « constamment chercher l'assentiment de ses contemporains comme des institutions pour la faire reconnaître » (p.49). La fonction du tiers est donc portée à la fois par les « institutions », les structures sociales établies, et par la discussion entre pairs. Ces deux niveaux sont clairement identifiés dans les discours de notre étude où les professionnels distinguent ce qu'ils attendent des échanges avec leurs collègues et de leurs rapports avec l'institution-cadre et le corps social plus largement. Il est intéressant pour nous de noter que Soulet souligne l'aspect « pesant » de ces tiers que nous pouvons lire comme une expression de sa fonction de contrainte différenciante : « En ce sens, les contraintes de l'action par les structures sociales et sa contingence par les interactions vécues créent des ouvertures pour que se déploie une capacité d'action singulière, individuée même, quoique sociale » (p.49). C'est donc dans un mouvement de sollicitation du tiers, en soi d'abord puis dans le monde, que l'agent individué peut refonder son action et participer d'un geste social créateur des conditions d'une confiance. Cela apparaît bien dans notre analyse des discours où la confiance, balayée dans un moment de repli narcissique, est à nouveau concevable lorsqu'une figure tierce – la théorie, l'histoire personnelle, la fonction d'équipe, le cadre institutionnel – est sollicitée.

Soulet indique ici comment, dans l'agir poïétique, s'opère la médiation entre l'agent et *les autres* qui permet de refonder une action efficace et éthique. Mais la question, dans ce contexte d'inquiétude mobilisante, du rapport de l'agent à *l'autre* reste ouverte. Dans les discours des professionnels ayant participé à l'étude EthNaA, apparaît, nous l'avons dit, la question de l'amour.

2.3. *Au risque de l'amour ?*

Ces soignants apparaissent effectivement régulièrement comme des sujets aimants. Mélanie Klein nous a déjà indiqué que les expériences précoces d'amour étaient fondamentales pour l'émergence d'affects dépressifs moteurs des tendances réparatrices qui sont fréquemment à l'origine des vocations soignantes. Il n'est donc pas surprenant que les professionnels du soin puissent compter sur un certain « capital » d'amour intériorisé. Ce thème de l'amour émerge principalement autour des questions de confiance et de promesse dans les soins. Les soignants s'interrogent alors sur le statut des patients : sont-ils comparables à leurs voisins, leurs parents, leurs conjoints, leurs enfants, leurs amis ? Ces questions semblent susciter un malaise chez eux et entraînent souvent une dénégation secondaire. Comme le souligne le médecin Gérard Réach, l'amour est un sentiment perçu comme inapproprié dans la relation de soin, et enseigné comme tel : « Point d'amour : de l'empathie, pas de sympathie, enseigne-t-on habituellement » (p.107). C'est effectivement l'empathie qui est considérée comme le sentiment affectif « acceptable » et attendu du soignant vis-à-vis du patient. Le terme apparaît effectivement à plusieurs reprises dans les discours de soignants, en particulier chez ceux qui sont plus proches du champ médical. Mais Réach souligne l'aspect artificiel de l'empathie qui « joue » la sympathie, cette distance qui se veut relative étant en fait absolue en l'absence d'émotion partagée. Dans la perspective de la philosophie analytique qui est la sienne, l'empathie est ainsi tout à fait compatible avec la cruauté et le sadisme à l'égard de l'autre. Se sentir touché par l'autre est donc nécessaire pour pouvoir le soigner. Réach ne rejette donc pas l'amour, et le considère au contraire comme nécessaire au soin de l'autre. Il rappelle la distinction fréquente dans la pensée philosophique des trois formes de l'amour : *éros*, *philia* et *agapè*. Pour Réach, l'amour dans le soin doit être conforme à la *philia*. C'est un amour d'amitié où l'autre est reconnu comme souffrant. L'*éros* est rejeté parce qu'il est désir de possession de l'autre comme instrument. L'*agapè* l'est également qui est réduite ici au mouvement charitable désintéressé mais manquant le soin. La relation entre patients et soignants serait donc une *philia*, un lien d'amitié médié par l'amour du soignant pour son métier. Mais elle implique alors une certaine horizontalité qui rend plus aigüe la question de la réciprocité. Il nous semble en

effet que l'amitié n'existe pas sans réciproque, et cette interrogation apparaît dans les discours des soignants d'EthNaA : « Et eux, est-ce qu'ils nous font confiance ? ». L'inquiétude ici demeure vive, et si l'amour apparaît dans les discours des soignants comme un moyen de traiter l'inquiétude et de réinvestir un soin, il est investi d'autres valeurs que de celles de la *philia*. En effet, l'*éros* n'est pas absent des discours. S'il peut prendre des figures monstrueuses compte tenu des histoires propres des patients et qu'il comporte un risque indéniable et identifié par les soignants d'instrumentalisation de l'autre, de souffrance personnelle et de transgression grave, il peut toutefois également participer de la rencontre et supporter, dans une certaine prise de risque, l'établissement d'un lien à l'autre. On peut le voir par exemple dans l'histoire du musicien. Le désir n'est pas ici celui de Sartre : le désir de posséder la chair de l'autre en le faisant s'éprouver lui-même comme chair désirante. Il est plutôt celui de la psychanalyse qui émerge de l'épreuve de l'incomplétude, condense les pulsions de vie et pousse à investir l'autre différent. Il aboutit spontanément à la relation sexuelle mais peut également « être inhibé quant à son but » et conduire aux relations d'amitiés ou être sublimé dans une quête de savoir. Nous avons souligné dans nos analyses la forte menace d'incestualité pesant sur les soignants dans leurs rapports avec les patients. Celle-ci repose manifestement sur des éprouvés de désir que la fonction de tiers défaillante ne leur permet pas d'envisager, et les conduit à les vivre dans la honte. C'est donc seulement lorsqu'un tiers redevient fondateur du lien à l'autre que ce désir peut être reconnu et accepté comme modalité de relation thérapeutique.

Mais l'*agapè* est également clairement présente dans les discours des professionnels. Cet amour est désintéressé et exclue toute réciprocity : « Donner, sans rien attendre » comme dit le soignant du CHU. Il procède d'une sublimation du désir qui instaure la dimension transcendantale de l'amour. Dans les écrits grecs de l'Antiquité, *agapè* connaît des utilisations variables plus ou moins différenciées des significations d'*éros* et de *philia*. Mais régulièrement, elle sert à représenter l'amour que l'on doit à la vérité, à la beauté et à la catégorie humaine générale. Cet amour est plus vaste et ouvert, il n'attend pas de réciprocity et se situe en surplomb de *l'autre*, tourné vers *les autres*. Mais le terme apparaît également dans les traductions grecques de l'Ancien Testament pour exprimer l'amour des Hommes envers Dieu. Les théologiens chrétiens ont développé la notion d'*agapè*, faisant

d'elle l'amour dû à Dieu au travers des autres Hommes. Aimer l'autre est un moyen d'aimer Dieu, mais c'est aussi une fin propre. L'autre est aimé pour ce qu'il est, en tant que créature de Dieu. Monique Canto-Sperber⁴⁴³ rappelle certaines caractéristiques de l'*agapè* chrétienne. Elle est d'abord, nous l'avons dit, sans attente de réciprocité : « l'amour de charité est indépendant des actes ou attitudes de l'aimé et sa durée est sans terme » (p.44). Mais de plus, elle ne se limite pas à ceux qui sont aimables, elle implique d'aimer de la même manière ceux qui sont détestables : « Vous avez appris qu'il a été dit : Tu aimeras ton prochain et tu haïras ton ennemi. Et moi, je vous dis : Aimez vos ennemis et priez pour ceux qui vous persécutent » (Mt 5, 43-44). En effet, « l'*agapè* contient l'idée de la valeur infinie et de la vraie substantialité de chaque âme » (p.45). La question du jugement humain est suspendue par l'horizon du Jugement Dernier. La tâche du sujet est alors d'aimer sans calcul et sans réserve son prochain, et ce quelle que soient sa proximité réelle et sa valeur morale. Par cet amour, il donne à l'étranger le statut de proche immédiat et la haute valeur d'une créature de Dieu. L'histoire séculaire de l'association entre l'Eglise et le soin est sans doute à l'origine de cette persistance de la représentation du patient comme « prochain » soignable sans conditions, et du lien du soignant aux patients comme amour-*agapè*. Sans doute faut-il reconnaître sa présence dans les multiples appels des soignants de l'étude EthNaA au refus du jugement moral des addicts. Mais il nous paraît partiel de limiter le sens de l'amour, tel qu'il est porté par les soignants, à une trace socio-historique. Il nous semble qu'ils sont en recherche d'une fonction transcendante leur permettant d'échapper aux apories morales de la condition d'addiction et de fonder une relation à l'autre moins inquiète.

Pour retrouver cet amour que les soignants évoquent (invoquent ?), il est peut-être nécessaire de renoncer aux catégorisations des sentiments pour le regarder comme une unité. L'*éros* freudien, le dés-intéressement de Lévinas ou l'amour comme fondement moral de Jankélévitch sont des pensées unifiées de l'amour où celui-ci porte constamment le désir sexuel, la discussion, le lien et la transcendance. Pour Freud, nous l'avons vu, l'*éros* est le principe de vie qui englobe l'*éros*, la *philia* et l'*agapé* et abouti finalement au geste de création qui est l'espace de contact du sujet

⁴⁴³ Monique Canto-Sperber, « Amour », *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale* (Paris: Presses Universitaires de France - PUF, 2004).

avec la transcendance. Dans cette perspective, tout lien à l'autre est « érotique », toute relation contient désir, attachement et une part de créativité. Chacune est unique et investit dans des proportions variables ces différents niveaux en fonction des statuts symboliques de l'autre (amant, conjoint, parent, enfant, ami...) et des interdits fondateurs et leur déclinaisons sociales, sans jamais pour autant supprimer l'un d'entre eux. La même unicité et complexité de l'amour se retrouve dans le rapport à l'autre chez Lévinas. Le désir sexuel de l'autre, à la différence du désir d'un objet, porte en lui l'infini, le désir n'absorbant jamais l'autre. Il ne dénie donc pas au visage sa valeur surplombante que l'on sait être chez Lévinas le lieu de transcendance qui fonde le devoir de responsabilité à l'égard d'autrui. Mais c'est chez Jankélévitch⁴⁴⁴ que l'amour, désigné en tant que tel, occupe une place proprement centrale dans la relation éthique à l'autre. En effet, l'amour est pour lui « la vertu en toute vertu » (p.41). Elle est le mouvement de l'âme qui seul peut donner à l'action une valeur bonne. Il se fait dans le renoncement à la posture égoïste, jusqu'à impliquer un sacrifice. Nous verrons plus loin que le caractère hyperbolique de cet amour n'est pas sans présenter des paradoxes, mais quelle que puisse être notre perplexité face à ces derniers, l'amour est, à l'évidence et sans justification possible ni souhaitable, le seul sentiment acceptable vis-à-vis d'autrui. Il nous semble que cette évidence indémontrable du mouvement d'amour à l'égard des patients apparaît dans les discours des professionnels d'EthNaA lorsque l'inquiétude se fait moins oppressante et qu'ils parlent du caractère indispensable de l'engagement sincère de soi dans la relation et de la confiance pour permettre la rencontre. Le sacrifice lui-même n'est pas absent des discours, certains soignants apparaissant prêts à payer un certain prix pour rendre possible la rencontre avec les patients addicts. Nous devons revenir plus loin sur la signification particulière à Jankélévitch de ce sacrifice dans l'amour.

2.4. *Mouvement et vie*

L'inquiétude se révèle donc aussi comme un principe d'agitation très efficace. Elle est un inconfort mais elle est promesse d'un rapport à l'autre plus apaisé. Le

⁴⁴⁴ Vladimir Jankélévitch, *Traité des vertus : Tome 2, Les vertus et l'amour, Ire partie* (Paris: Flammarion, 1986). op.cit.

mouvement qu'elle entraîne place le sujet face à l'autre sujet, dans une temporalité, et en présence d'un tiers interne et externe. Quelles que soient les perspectives adoptées, les auteurs cités ici mettent en exergue le rôle actif du sujet. Pour pouvoir bénéficier des qualités mobilisantes de l'inquiétude, il doit s'engager dans une action créatrice accompagnée d'un effort de réflexivité. Et pour s'engager, il doit pouvoir compter, d'une part, sur un capital d'expériences favorables d'amour et, d'autre part, sur une réponse des tiers externes à ses sollicitations. Les soignants paraissent souvent conscients des efforts qu'ils ont à fournir et les conçoivent comme de leur responsabilité. Ils ont le désir de s'y engager mais semblent parfois oublier qu'ils possèdent un capital personnel d'amour et qu'ils ont des ressources tierces internes. Ils comptent alors beaucoup, et parfois excessivement, sur les sources externes de tiercéité. Et ces dernières, pour des raisons réelles ou fantasmatiques, nous l'avons vu, se montrent le plus souvent décevantes.

Lorsque le sujet parvient à mobiliser ses ressources propres et peut s'appuyer sur l'extérieur, il peut trouver une sécurité dans le lien. Une confiance devient alors possible, parce que la relation repose sur des liens qui ne sont plus rigides et menaçant, mais souples. La promesse est réinvestie et le pardon est possible. Par là, la relation peut se vivre dans des mouvements dialectiques de liaison et de déliaison. Pour certains soignants d'EthNaA et dans certaines de nos histoires cliniques, la confiance permet d'engager la relation de soin dans une dynamique thérapeutique dont l'un des effets est un renforcement subjectif de chacun des protagonistes. Nous l'avons vu, c'est un amour qui est alors en jeu dans le soin. Cet amour se révèle de nature complexe et ne peut se réduire à une sous-catégorie. Nous aurons à approfondir cette question, mais Jankélévitch nous propose déjà d'envisager l'amour comme un mouvement fondamental vers l'autre. L'amour dans lequel peut s'engager le sujet, n'est pas ici celui que décrit Sartre. Il existe une possibilité que l'amour transcende la position du sujet *pour soi*. C'est ici que nous avons une chance de trouver un moyen de modifier la dynamique circulaire de la relation. Sa nouvelle trajectoire ne sera sans doute pas exempte d'inquiétude, mais celle-ci sera source de créativité et de vitalité.

Une mobilisation de l'inquiétude pour la relation de soin

Nous avons vu apparaître les deux qualités opposées de l'inquiétude. Dans notre réflexion en vue d'une relance de la relation de soin, il nous faut voir maintenant comment ces qualités s'articulent, et quels sont les supports sur lesquels nous pouvons compter.

1. Du l'inquiétude par soi à l'inquiétude pour soi

Nous avons vu que le soi est le siège d'une inquiétude. Celle-ci est déterminée, pour les sociologues, par le contexte social et ses évolutions actuelles. Le sujet est plongé dans un état de manque abyssal qui provoque des sentiments d'inadéquation et d'insatisfaction permanents, les mouvements institutionnels ne faisant que les renforcer et les perpétuer. Envahis de sentiments négatifs comme la solitude et le ressentiment, les individus tendent à renoncer à leur subjectivité propre pour se fondre dans le « nous » indifférencié ce qui favorise l'ignorance de soi et le repli collectif identitaire. Soulet remarque que dans ce contexte précis d'inquiétude, la personne perd sa capacité à agir. Certains regards philosophiques nous ont indiqué que les sujets peuvent se trouver débordés par les passions qu'ils abritent et se complaire dans certaines jouissances. Le contexte contemporain semble les y encourager et la maîtrise individuelle et épanouissante des passions semble à ces auteurs peu valorisée dans la cité. Ce désinvestissement du contrôle de soi ressemble sous certains aspects à ce que Ricœur dit de l'indispensable arrachement à la nature que le sujet doit réaliser pour pouvoir s'attester libre de rencontrer l'autre, de même qu'il évoque la panique qui s'empare, dans la perspective différente de Sartre, de l'être soumis à la gravité de l'*en-soi*. Dans cette position d'incontinence et de négligence de soi, l'Homme est par instant brutalement saisi par la réalité de sa finitude et par la perte de sens de son existence. Il se trouve alors alternativement en position d'éprouver indifférence insouciant et effroi. Les textes psychanalytiques en donnent une lecture sur un autre plan. Le contexte social et

culturel résonne avec l'histoire précoce du sujet et ce qui lui est transmis dans sa filiation. L'inquiétude se vit au cœur du sujet tout en trouvant ses déterminants à l'intérieur et à l'extérieur. La crainte d'avoir à expérimenter à nouveau la détresse, la « désaide » du nourrisson, se trouve réactivée par les défauts du contrat narcissique, ou par sa dévalorisation par les évolutions sociales. Dans cette angoisse, le sujet est tenté de se replier sur ses positions narcissiques, de laisser le champ libre au « pur désir », envahis alors par ses mouvements de destructivité et de haine. La figure de l'étranger inquiétant en soi devenant celle de la folie vers laquelle le sujet se sent aspiré. Quel que soit le regard que nous adoptons pour dévisager cette inquiétude, celle-ci apparaît comme une expérience de dessaisissement de soi, de perte de sens et de confusion identitaire.

Au fil des discours des soignants qui ont participé à l'étude EthNaA, nous avons rencontré cet état d'inquiétude par soi. La question « qui sommes-nous ? » n'a jamais été formulée de manière explicite, mais elle a traversé de nombreux propos interrogeant l'identité de soignant en addictologie, le sens du soin en addictologie, l'écart parfois comblé qui sépare les soignants des patients. Les professionnels peuvent alors sentir bouger en eux l'autre addicté, l'autre fou, paranoïaque ou pervers, le monstre. Ils se sentent vidés, proche de l'état de détresse, dépossédés et possédés, et se replient sur eux-mêmes. Nous avons vu que cela pouvait avoir comme conséquences un épuisement individuel des soignant et des modalités « dégradées » de fonctionnement d'équipe. Il semble qu'en l'absence d'éléments venant altérer cette position, deux issues catastrophiques, pour la relation comme pour les individus qu'elle met en jeu, sont à redouter : l'abandon à une jouissance solitaire du sujet ou son effondrement. Nous avons pu avoir des aperçus de ces deux configurations dans nos analyses déjà présentées. L'enfermement dans une position narcissique conduit à la maîtrise et à l'abandon de l'autre dans un climat de défiance et de haine. L'effondrement du sujet constitue une catastrophe personnelle (et se traduit par des symptômes psychiques ou psychosomatiques), mais aussi dans le contexte spécifique du soin un abandon de sa position soignante qui peut conduire à une indifférence, un retrait, une démission en présence de l'autre souffrant. Cette conjoncture appelle d'urgence une issue plus heureuse, et puisque nous avons identifié ici les sources de l'inquiétude propres au soi, y rechercher des ressources sera notre premier mouvement. Nous le partageons d'ailleurs avec les

soignants d'EthNaA qui cherchent le moyen de mieux s'équiper personnellement pour faire face à l'inquiétude en demandant des formations, de la pensée théorique, des espaces de parole communs et individuels et des dispositifs de supervision.

Il existe en philosophie une tradition morale qui est celle du souci de soi. Michel Foucault, dans la dernière période de son travail, en a fait une archéologie et une analyse profonde. Le souci de soi ne doit pas être confondu avec les techniques d'affirmation de soi ou de développement personnel souvent sollicitées aujourd'hui pour « prendre soin de soi ». Foucault⁴⁴⁵ ne leur reconnaît pas de substance morale : « Vous savez bien qu'il y a une certaine tradition (ou peut-être plusieurs) qui nous détourne (...) de donner à toutes ces formulations, à tous ces préceptes et règles, une valeur positive, et surtout d'en faire le fondement d'une morale » (p.14). Selon lui, ces diverses « injonctions à s'exalter soi-même, à se rendre un culte à soi-même, à se replier sur soi, à se rendre service à soi-même » (p.14) masquent en effet deux postions problématiques possibles : le « dandysme moral » (p.14) qui prône une esthétique personnelle dans un minimalisme éthique ou le renoncement à une morale collective. Le souci de soi, au contraire, est une posture fondamentalement éthique qui met en jeu le sujet et le collectif. Mais Foucault prend soin également de souligner que le souci de soi ne se superpose pas à la connaissance de soi. Se soucier de soi, nous allons le voir, signifie se transformer soi-même et non pas uniquement se connaître. Foucault souligne dans sa lecture des textes antiques que se connaître constitue, une étape, une dimension, une partie seulement du tout du souci de soi : « c'est beaucoup plus dans une sorte de subordination par rapport au précepte du souci de soi qui se formule la règle 'connais-toi toi-même' » (p.6). Mais plus encore, la connaissance en général apparaît dans les analyses du philosophe comme neutre et inutile dans la recherche du souci de soi, voire même une entrave dans la mesure où elle crée une illusion de culture de soi. Nous le reverrons à l'occasion de sa critique de Descartes. Le souci de soi implique donc pour Foucault une modification subjective, une transformation de soi. Il a une dimension « spirituelle ». Il est ici nécessaire de préciser ce que l'auteur entend par spiritualité. Il la définit en rapport à la philosophie : si cette dernière est « la pensée qui tente de déterminer les conditions et les limites de

⁴⁴⁵ Foucault, *L'Herméneutique du sujet*. op.cit.

l'accès du sujet à la vérité », la spiritualité est « la recherche, la pratique, l'expérience par lesquelles le sujet opère sur lui-même les transformations nécessaires pour avoir accès à la vérité » (p.16). La spiritualité est donc un mouvement philosophique plutôt que religieux. Elle n'implique pas la foi mais un engagement dans une quête de vérité au travers de la modification de soi qui repose sur des « techniques de soi », des « arts de l'existence » (*techné tou biou*). Dans la perspective de la spiritualité foucauldienne, l'acquisition seule de connaissance ne saurait suffire à accéder à la vérité.

En bref, je crois qu'on peut dire ceci : pour la spiritualité, jamais un acte de connaissance, en lui-même et par lui-même, ne pourrait parvenir à donner accès à la vérité s'il n'était préparé, accompagné, doublé, achevé par une certaine transformation du sujet, non pas de l'individu, mais du sujet lui-même dans son être de sujet. (p.18)

Ainsi « l'*epimeleia heautou* (souci de soi) désigne précisément l'ensemble des conditions de spiritualité, l'ensemble des transformations de soi qui sont la condition nécessaire pour que l'on puisse avoir accès à la vérité » (p.18). Foucault retrace l'histoire du souci de soi et considère qu'il a servi de référence morale dans les écrits philosophiques et théologiques entre le 5^{ème} siècle avant et le 4^{ème} siècle après Jésus Christ, soit une période de mille ans. Il pense toutefois que les techniques spirituelles de soi trouvent leurs origines dans un passé plus lointain encore. Le souci de soi ne lui apparaît donc pas comme une émergence ponctuelle et situationnelle mais bien comme « un véritable phénomène culturel d'ensemble (...) un événement de pensée » (p.11). Il en dégage trois caractéristiques homogènes et stables au fil du temps qui se déroule de la Grèce du 5^{ème} siècle avant Jésus Christ et Grégoire de Nysse : le souci de soi est une attitude générale, à l'égard de soi, de l'autre et du monde ; il suppose de reporter son regard sur soi-même en veillant « à ce qu'on pense et à ce qui se passe dans la pensée » (p.12) ; enfin, il repose sur des actions sur soi, des techniques qui transforment. Mais Foucault remarque que le souci de soi semble s'être quasiment évanoui de la pensée morale médiévale et moderne. Il indique que le « moment cartésien », en investissant le savoir de la capacité de toucher la vérité, a rendu caduque la valeur du souci de soi : « il a joué de deux façons en requalifiant philosophiquement le *gnôthi seauton* (connais-toi toi-même) et en disqualifiant au contraire l'*epimeleia*

eaoutou (souci de soi) » (p.15). À partir du moment où la connaissance est devenue suffisante pour l'accès à la vérité, le souci de soi n'est plus apparu que comme une prétention suspecte.

On est entré dans l'âge moderne (je veux dire, l'histoire de la vérité est entrée dans sa période moderne) le jour où on a admis que ce qui donne accès à la vérité, les conditions selon lesquelles le sujet peut avoir accès à la vérité, c'est la connaissance, et la connaissance seulement. (p.19)

Mais toutefois, selon Foucault, plus que la science moderne, c'est la théologie chrétienne qui a porté le coup le plus sévère au souci de soi. En plaçant l'universalité des Hommes dans un rapport à un Dieu omniscient, elle a fait de chacun un être capable de connaître la vérité sous réserve de la foi. Dès lors, les pratiques ancestrales de quête individuelle et subjective de vérité propre sont devenues inadéquates.

Pour détailler la nature du souci de soi, Foucault reprend un dialogue socratique, l'*Alcibiade*⁴⁴⁶. Alcibiade est un jeune homme de bonne famille, protégé de Périclès, qui, ayant achevé son éducation se trouve sur le point de prendre de hautes responsabilités dans la cité. Socrate, longtemps intimidé par sa beauté, entame alors une discussion avec lui. Son propos est, en interrogeant Alcibiade avec bienveillance mais rigueur, de lui faire percevoir son impréparation à la tâche qui l'attend, alors même qu'il se dit prêt à l'assumer. Socrate questionnant non pas le degré des connaissances du jeune homme, son éducation et ses aptitudes pratiques mais uniquement son approche de sa vérité propre, Alcibiade éprouve, perplexe, l'inadéquation de sa formation : « Par les dieux, Socrate, je ne sais plus moi-même ce que je dis ; et, vraiment, il se pourrait bien que j'aie vécu depuis longtemps dans un état d'ignorance honteuse sans m'en apercevoir » (127d). Ainsi pour Foucault, le souci de soi doit répondre à l'ignorance « qui est à la fois ignorance des choses qu'il faudrait savoir, et ignorance de soi-même en tant qu'on ne sait même pas que l'on ignore ces choses »⁴⁴⁷ (p.45). Socrate montre ici que le système de formation et de transmission de la cité athénienne fait défaut. Auprès d'Alcibiade, il tente de compenser un déficit pédagogique en l'invitant à « prendre soin de soi-même »⁴⁴⁸

⁴⁴⁶ Platon, *Alcibiade* (Paris: Flammarion, 1999).

⁴⁴⁷ Foucault, *L'Herméneutique du sujet*. op.cit.

⁴⁴⁸ Platon, *Alcibiade*. op.cit.

(127e). Le souci de soi nécessite de « désapprendre » le savoir trop rigide et établi, de s'engager dans une forme de lutte, la transformation de soi impliquant des efforts parfois douloureux, et d'avoir un soin au sens médical de soi-même. Foucault, dans sa lecture de l'Alcibiade, souligne encore que le souci de soi est lié à la question du pouvoir et de son exercice. Il ne constitue pas un privilège réservé aux élites mais plutôt une obligation, une responsabilité et une condition de légitimité dans l'exercice du pouvoir.

Le thème du souci de soi-même n'apparaît pas comme un des aspects d'un privilège statutaire. Il apparaît au contraire comme une condition, condition pour passer du privilège statutaire qui était celui d'Alcibiade (grande famille riche, traditionnelle, etc.) à une action politique définie, au gouvernement effectif de la cité.⁴⁴⁹ (p.37)

On le voit ici, le souci de soi est une forme de conversion qui pourrait avoir statut initiatique s'il était vécu dans le collectif. Mais la mutation, si radicale qu'elle soit, demeure confinée à l'espace intime, c'est une conversion à soi. Le psychanalyste Michel Constantinopoulos⁴⁵⁰ souligne que Foucault lui-même a dû opérer une telle mutation dans sa recherche sur l'histoire de la sexualité, qui l'a mené au thème du souci de soi. Le philosophe retrace sa démarche, qui arrive assez tard dans son parcours intellectuel, dans l'introduction du second volume de son « Histoire de la sexualité »⁴⁵¹. Grand spécialiste de l'époque moderne, il a dû, pour analyser le rapport du sujet à la sexualité dans l'Occident des 18^{ème} et 19^{ème} siècles, se plonger dans la philosophie antique. Cela constitue pour lui une profonde modification de sa manière de voir et de lire les faits historiques, ainsi qu'un risque important. Il indique le mouvement dans lequel il s'est engagé.

Quant au motif qui m'a poussé, il était fort simple. (...) C'est la curiosité, – la seule espèce de curiosité, en tout cas, qui vaille la peine d'être pratiquée avec un peu d'obstination : non pas celle qui cherche à s'assimiler ce qu'il convient de connaître, mais celle qui permet de se déprendre de soi-même. (p.14)

⁴⁴⁹ Foucault, *L'Herméneutique du sujet*. op.cit.

⁴⁵⁰ Michel Constantinopoulos, « Le souci de soi de Michel Foucault ou comment faire de sa vie une œuvre », *Che vuoi ?* 19, n° 1 (2003): 203-17.

⁴⁵¹ Michel Foucault, *Histoire de la sexualité (Tome 2) - L'usage des plaisirs* (Paris: Gallimard, 1986).

On reconnaît bien dans cette démarche la prééminence de la transformation de soi sur l'acquisition de savoirs. Foucault laisse entendre par quel chemin il est passé : « se donner du mal, commencer et recommencer, essayer, se tromper, tout reprendre de fond en comble, et trouver encore le moyen d'hésiter de pas en pas » (p.13), en somme, travailler dans « l'inquiétude ». Sans l'indiquer ici, il souligne la valeur d'aiguillon et d'agitation du souci de soi qu'il décrit, à partir du discours de Socrate dans l'Apologie⁴⁵², dans ses cours de 1981.

Le souci de soi-même est une sorte d'aiguillon qui doit être planté là, dans la chair des hommes, qui doit être fichée dans leur existence et qui est un principe d'agitation, un principe de mouvement, *un principe d'inquiétude*⁴⁵³ permanent au cours de l'existence.⁴⁵⁴ (p.9)

Mais alors que Foucault déclare cette mutation personnelle, il souligne dans le même temps l'importance d'autres chercheurs dans cette entreprise, l'historien de l'Antiquité Paul Veyne en particulier. Ce dernier n'est pas cité dans la liste des universitaires avec lesquels Foucault s'est entretenu pour ajuster sa connaissance des textes grecs, mais dans un paragraphe séparé. Foucault⁴⁵⁵ y évoque l'influence « difficile à circonscrire » de l'historien dans son propre travail, mais surtout l'aventure commune dans laquelle ils se sont engagés ensemble, en pénétrant dans « le labyrinthe dans lequel on entre dès qu'on veut faire l'histoire des jeux du vrai et du faux » et en acceptant « d'affronter le danger que porte avec elle, pour toute pensée, la question de l'histoire de la vérité » (p.14). Le philosophe parle ici du rôle du « maître » dans la pratique du souci de soi. En effet, celle-ci, même si elle se prend soi pour objet, nécessite la présence d'un autre : « qu'on ne puisse pas s'occuper de soin sans l'aide d'un autre est un principe très généralement admis » (p.477)⁴⁵⁶. Le dialogue de l'Alcibiade le montre bien puisque c'est Socrate qui permet à Alcibiade de percevoir son ignorance de lui-même et qui se propose de l'assister dans la quête du souci de soi-même. L'entreprise implique une relation, c'est un rapport de soi à soi où le rôle de tiers est joué par le maître. Dans le texte de Platon, Socrate occupe cette place en tant que pédagogue, mais surtout amant.

⁴⁵² Platon, *Apologie de socrate. criton* (Paris: Flammarion, 2006).

⁴⁵³ Souligné par nous.

⁴⁵⁴ Foucault, *L'Herméneutique du sujet*. op.cit.

⁴⁵⁵ Foucault, *Histoire de la sexualité (Tome 2) - L'usage des plaisirs*. op.cit.

⁴⁵⁶ Foucault, *L'Herméneutique du sujet*. op.cit.

Foucault précise que malgré, l'extinction des liens entre pédagogie et relation amoureuse, le rôle du maître n'a pas cessé d'être souligné par les praticiens du souci de soi. Il indique que certains fondaient des écoles, que d'autres se faisaient « conseillers privés », ou encore se concentraient sur leurs relations familiales, amicales ou politiques.

En effet, si le théâtre du souci de soi a comme scène l'espace intime de soi-même et de son rapport personnel au maître, il a vocation à s'ouvrir sur le monde. Nous l'avons vu avec Alcibiade : il a la responsabilité de se soucier de lui-même pour pouvoir prétendre à s'occuper des autres. Ainsi, comme Foucault l'a écrit : « en apprenant aux citoyens à s'occuper d'eux-mêmes (plutôt que de leurs biens) on leur apprend à s'occuper de la cité elle-même (plutôt que de ses affaires matérielles) » (p.473). Le souci de soi n'est donc pas uniquement une culture esthétique de sa personne, mais bien un geste éthique, le soin de soi étant la condition pour rencontrer l'autre personne et prendre soin d'elle. Il convient toutefois de s'interroger sur certaines difficultés que cette posture éthique peut poser à la rencontre. D'abord, ces pratiques du souci de soi, qui impliquaient une disponibilité pour les exercices de méditation, une haute éducation pour l'écriture de remémoration par exemple, des moyens financiers et de bonnes relations pour rencontrer de bons maîtres, étaient réservées aux élites sociales. De plus, si se gouverner soi-même était une nécessité pour prétendre à gouverner la cité, les seuls « autres » véritablement considérés étaient les hommes libres de la communauté. Gouverner supposait s'adresser également aux femmes, aux enfants, aux esclaves et aux étrangers dans la cité, mais la culture du souci de soi les maintenait dans un statut relationnel secondaire, les seules rencontres véritables ne pouvant exister qu'entre hommes soucieux d'eux-mêmes, sur le modèle des liens unissant le maître et l'aspirant au souci de soi. Ensuite, ces derniers étant décisifs pour la qualité et la sincérité de l'introspection qu'implique le souci de soi, le choix d'un mauvais maître risque de conduire le candidat à un désastre personnel mais plus encore à des conséquences sur son entourage et les personnes sur lesquelles il exercera une autorité. Ici aussi, en l'absence de tiers efficace, il y a un risque important de détournement du souci de soi vers la philautie. Nous ne sommes pas parvenu ici encore à nous assurer des dangers qui menacent la relation et nous nous tournons alors vers la figure de l'autre.

2. De l'inquiétude par l'autre à l'inquiétude pour l'autre

L'autre est une source d'inquiétude manifeste. Toutefois cet aspect se révèle peu dans les discours des sociologues qui présentent l'inquiétude comme venant des superstructures sociales. Ce sont les dispositifs de pérennisation des inégalités sociales, l'« institutionnalisation du doute » ou la « culture de l'inquiétude » et ses opérateurs sociaux qui sont inquiétants. L'autre est, comme le sujet, soumis à ce régime. Cependant l'inquiétude par l'autre apparaît secondairement. Dans les liens « liquides » qui relient les individus ou dans le maillage relationnel en « réseau », le sujet qui ne se laisse pas rencontrer ne rencontre pas non plus l'autre. Les « sentiments négatifs » entrent en jeu et, en se renforçant, font craindre l'autre. Des réflexions philosophiques nous ont également fait voir l'autre sous un jour inquiétant. L'autre agite les passions du sujet et l'expose à l'*akrasia*, mais il vient également lui rappeler sa finitude. C'est ce que la figure du barbare symbolise selon Michel Geoffroy : des autres radicalement différents, incontrôlables et violents qui apportent la mort, et personnifient *ma* mort. Paul Ricœur, en soulignant la vulnérabilité de l'autre face à mes agissements et le principe de réciprocité que suppose la relation, installe la rencontre dans une violence mutuelle qu'il s'agira, dans une perspective éthique de border et de traiter. Mais c'est Jean-Paul Sartre qui nous a indiqué le plus nettement la dimension catastrophique de la rencontre de l'autre et de son regard posé sur moi. Ce regard qui me fige, qui me fait être, qui saisit ma liberté, et par rapport auquel je vais adopter des attitudes vis-à-vis de l'autre, chacune vouée à l'échec. Chez les psychanalystes, nous l'avons vu, cette inquiétude par l'autre correspond à une ré-expérimentation en « après-coup » d'états de détresses liés à la non-réponse de l'autre, et d'angoisses de persécution. Dans une conjoncture où le sujet se replie sur ses positions de base et où la fonction tierce et la médiation de la loi sont affaiblies, l'autre est celui qui est absent, qui prive, qui ampute. Il devient le support des projections hostiles qui font de lui un étranger radical à exclure. Mais comme le soulignent Freud puis Kristeva, ce n'est pas là l'origine de l'inquiétude la plus intense, l'« inquiétante étrangeté » étant, comme nous le savons, une expérience profondément intime.

L'inquiétude par l'autre est très présente dans les discours de soignants ayant participé à l'étude EthNaA. Nous avons vu quelles figures, parfois monstrueuses et terrifiantes, pouvaient prendre les patients dans l'expérience par les professionnels de la relation de soin. Certaines de ces représentations nous ont également saisis dans les rencontres de soin dont nous avons fait état, et nous avons nous-mêmes été supports de telles projections dans nos échanges avec les participants au cours de l'étude. Au travers de nos investigations, l'autre du soin addictologique est apparu comme fréquemment persécuteur et induisant chez les professionnels le besoin de se défendre par des postures et des attitudes personnelles ou groupales comme par de dispositifs concrets sous-tendus par les pratiques de défiances. Nous avons vu ce que ces positions pouvaient avoir de délétère pour la relation de soin, d'auto-renforceur pour le climat d'inquiétude et d'épuisant pour les soignants. Elles déterminent en effet des tentatives de fuite face à la souffrance de l'autre ou au contraire des tentatives d'asservissement. Mais cette inquiétude par l'autre s'est vue également dans ce que vivent les professionnels au contact de l' « extérieur » – le quidam, les décideurs, le législateur, les amis et la famille, les voisins, les familles et proches des patients, mais aussi les collègues d'autres institutions. Nous l'avons aperçue également dans ce que certains patients ont pu nous dire de leur perception de leurs « pairs » addicts. Nous avons observé que les soignants, au moment où ils parviennent à entamer un mouvement de dégagement de la défiance initiale, trouvent dans la promesse un moyen de soutenir une restauration de la confiance au sein de la relation de soin.

Pour Paul Ricœur, la promesse est consubstantielle de l'identité. Il distingue la double nature de cette dernière. L'identité *idem*, d'abord, est la part d'immuabilité dans le temps de la personne, de la permanence, l'absence de changement. Cela correspond, par exemple, à notre code génétique ou notre groupe sanguin. Mais comme le souligne Ricœur⁴⁵⁷ : « La personne humaine ne satisfait que très partiellement à cette quête d'identité-mêmeté » (p.201). À côté de notre identité structurale « dans le temps » existe une identité en mouvement. Puisque nous sommes changeants, nous devons maintenir une identité « malgré le temps » : « Cette ipséité (...) consiste en une volonté de constance, de maintien de soi, qui

⁴⁵⁷ Ricœur, « Les paradoxes de l'identité ».

met son sceau sur une histoire de vie affrontée à l'altération des circonstances et aux vicissitudes du cœur »⁴⁵⁸ (p.191). C'est cette identité *ipse*, que met en jeu la capacité de l'individu à tenir sa parole. En effet, aux deux composantes de l'identité correspondent deux capacités essentielles que sont la mémoire et la promesse. Du côté de l'*idem*, de la mêmeté, c'est la question de la mémoire qui est centrale. Elle est orientée vers le passé et son souvenir appuie la construction du récit fondamental à l'identité narrative. La promesse, nous l'avons dit, concerne l'ipséité. Elle regarde vers l'avenir et donne au sujet sa capacité de projection, de reconfiguration des récits mémoriels et de création de nouveaux récits. À la différence des éthiques du souci de soi, Ricœur souligne la primauté de l'altérité dans le processus de la promesse. Là où la mémoire permet la reconnaissance de soi, la promesse engage à la fois cette même reconnaissance de soi et la reconnaissance d'Autrui. Parce qu'il donne son sens à l'ipséité, ce dernier devient essentiel à l'édification de l'identité, ce qui permet à Ricœur d'affirmer « le primat de l'altérité sur la réflexivité »⁴⁵⁹ (p.204) dans cette construction. L'auteur montre à cette occasion les limites de la théorie des actes du langage: « Le locuteur ne se borne pas à 'se placer sous une certaine obligation de faire ce qu'il dit' : ce rapport est seulement de soi à soi-même. L'engagement est *premièrement*⁴⁶⁰ 'envers l'allocutaire' »⁴⁶¹ (p.190). Ce dernier n'est donc pas seulement un destinataire neutre mais surtout un bénéficiaire : « C'est par cette clause du bienfait que l'analyse linguistique appelle la réflexion morale » (p.191). Ricœur évoque également le climat qui permet l'engagement individuel dans la parole. Il parle de « promesse d'avant la promesse » (p.191), à la fois environnement de la promesse et engagement premier : « Plus précisément, c'est de la fiabilité habituelle attachée à la promesse d'avant la promesse que chaque promesse ponctuelle tire sa crédibilité au regard du bénéficiaire et du témoin de la promesse » (p.192). Enfin, l'auteur évoque « l'ombre du négatif ». La mémoire est menacée par l'oubli, et la promesse par la trahison. Ces négatifs rompent la continuité de la mémoire comme de l'engagement, ils mettent en péril la reconnaissance d'Autrui, comme celle de soi. Toutefois, Ricœur le rappelle : « Pouvoir promettre, c'est aussi pouvoir rompre

⁴⁵⁸ Ricœur, *Parcours de la Reconnaissance - Trois Etudes*.

⁴⁵⁹ Ricœur, « Les paradoxes de l'identité ». op.cit.

⁴⁶⁰ Souligné par nous.

⁴⁶¹ Ricœur, *Parcours de la Reconnaissance - Trois Etudes*. op.cit.

sa parole » (p.194). Et cela peut avoir une fonction positive. La fiabilité constante tend en effet à glorifier l'ipséité et à engager l'individu dans une maîtrise de soi qui l'éloigne d'Autrui. « C'est pourquoi il est urgent de rechercher dans l'exercice même de la promesse les raisons d'une limitation interne qui mettrait la reconnaissance de soi-même sur le chemin de la reconnaissance mutuelle » (p.196).

Il s'agit donc de ne pas trop promettre et de reconnaître que la trahison accompagne la promesse et fait partie de son sens. Nous sommes ainsi les « continueurs endettés » (p.196) des promesses du passé, celles qui ont construit notre monde et dont beaucoup sont restées non tenues. On retrouve cette problématique chez Hannah Arendt⁴⁶² qui associe pardon et promesse. Comme la mémoire chez Ricœur, le pardon est associé aux actes du passé et à leur caractère irréversible. La promesse, de son côté, cherche à pallier l'imprévisibilité, elle « sert à disposer, dans cet océan d'incertitude qu'est l'avenir par définition, des îlots de sécurité sans lesquels aucune continuité, sans même parler de durée, ne serait possible dans les relations des hommes entre eux » (p.266). Le pardon comme la promesse n'ont de sens qu'en lien à l'autre. On ne se pardonne pas à soi-même et on ne tient pas une parole qu'on ne se doit qu'à soi. On a besoin de la présence d'Autrui et c'est dans cette « condition de pluralité » (p.267) que se trouvent les implications morales du pardon et de la promesse. L'acte de promesse répond à la faiblesse fondamentale des hommes, à leur imprévisibilité et à leur incapacité à prévoir les conséquences de leurs actes. Pourtant, cette faiblesse, bien que douloureuse, est pour Arendt l'origine de l'ouverture à l'autre.

Si l'homme est incapable de compter sur soi ou d'avoir foi en lui-même (ce qui est la même chose), c'est pour les humains le prix de la liberté, et l'impossibilité de rester seuls maîtres de ce qu'ils font, d'en connaître les conséquences et de compter sur l'avenir, c'est le prix qu'ils paient pour la pluralité et pour le réel, pour la joie d'habiter ensemble un monde dont la réalité est garantie à chacun par la présence de tous. (p.274)

Comme nous l'avons vu avec Ricœur, l'excès de capacité à promettre est dangereux. Pour Arendt, c'est une préoccupation politique autant qu'éthique. L'excès de promesse revient à encadrer de façon rigide l'avenir, à user d'une

⁴⁶² Hannah Arendt, *Condition de l'homme moderne* (1958) (Paris: Calmann-Lévy, 1961).

volonté que Ricœur qualifie « d'obtuse et obstinée ». Ce qui chez ce dernier conduit au recul de la reconnaissance de l'autre, produit selon Arendt un arrêt du lien et de l'obligation envers l'autre. Cela correspond à l'entreprise politique totalitaire qui cherche à maîtriser l'avenir et rend impossible tout engagement. Les sociétés démocratiques choisissent en effet « de laisser telles quelles l'imprévisibilité des affaires humaines et la faiblesse des hommes pour en faire simplement l'espace, le milieu dans lequel on ménagera certains îlots de prévisibilité et dans lesquels on plantera quelques jalons de sûreté » (p.275). Cet espace politique, qui ne cherche pas à sécuriser absolument les rapports humains et fait évoluer le sujet entre des « îlots » protecteurs qu'il est libre de quitter, permet de penser une dialectique entre pardon et promesse. En effet la promesse lie et le pardon délie. Ce dernier est un acte étrange puisqu'il se fait d'abord au bénéfice d'un autre et singulier par sa capacité à rompre le cycle de l'action entretenu par la vengeance. Le pardon ne réagit pas, il est d'ailleurs imprévisible, il agit de façon nouvelle. Il est un acte de liberté qui rend sa liberté à celui qui est pardonné : « C'est seulement en se déliant mutuellement de ce qu'ils font que les hommes peuvent rester de libres agents » (p.270). Ainsi, aux promesses non tenues, les hommes peuvent répondre par le pardon. Un jeu alors s'installe, de liaison et de déliaison, qui cherche à préserver liberté d'agir de façon originale et possibilité de vivre ensemble des moments sereins. Ainsi chez Arendt, l'inconstance humaine, lieu pour Ricœur de la problématique de l'ipséité, est aussi celui de la capacité à innover qui permet à l'homme d'échapper au déterminisme et à l'automatisme de ses actions.

Dans cette nouvelle configuration que permet la promesse, une reconnaissance de l'autre et une inquiétude pour lui deviennent possibles. Et le tiers de la justice et des institutions démocratiques en est le garant. Pourtant cette inquiétude pour l'autre qui suppose l'attestation d'une liberté propre – encadrée – du « je » apparaît comme un simulacre, un « jeu », à Emmanuel Lévinas. Pour ce philosophe, la position de l'égo se trouve dans le fait d'être, l'« essence ». L'essence est une catégorie qui s'oppose à l'altérité. C'est la signification de la « séparation ». Il n'est rien, ontologiquement, qui me lie à l'autre, que je partage avec l'autre. Rien dans la position de l'égo ne peut fonder un geste vers l'autre. Il n'est pas question ici de s'appuyer, comme chez Ricœur, sur une archéologie personnelle de la promesse ni sur une phénoménologie du sujet « capable » pour s'engager auprès d'autrui, et

moins encore de souci de soi. L'essence, dit Lévinas⁴⁶³, est « intéressement » (p.4), et cet intéressement est repli sur soi, jouissance de soi, égoïsme. Il en résulte des relations universellement et fondamentalement conflictuelles.

L'intéressement de l'être se dramatise dans les égoïsmes en lutte les uns contre les autres, tous contre tous, dans la multiplicité d'égoïsmes allergiques qui sont en guerre les uns avec les autres et, ainsi, ensemble. La guerre est la geste ou le drame de l'intéressement de l'essence. (p.4-5)

Le philosophe se demande alors si l'organisation sociale permet un meilleur rapport à l'autre, un changement de position subjective qui permettrait la rencontre et qui correspondrait à l' « autrement qu'être », objet de sa recherche : « Les êtres prenant patience, renonçant à l'intolérance allergique de leur persistance dans l'être, ne dramatisent-ils pas l'*autrement qu'être* » ? (p.5). Il répond à cette interrogation par la négative : la paix repose sur des relations factices où l'autre n'a pas plus de place que dans la guerre, les rapports ne sont qu'équilibres de liberté. La dialectique liaison / déliaison dessinée par Ricœur et Arendt n'est alors que « calcul, médiation et politique » (p.5). Pour Lévinas, ceci ne constitue en rien une condition de transcendance, seule configuration rendant possible une relation sincère à l'autre et fondant son approche éthique : « l'intéressement demeure. (...) La transcendance est factice et la paix instable » (p.5). La présentation du visage de l'autre oblige d'emblée le sujet et sa seule posture possible est alors le « désintéressement ». La sincérité qu'il suppose exclue toute légèreté dans l'engagement, toute mesure de l'engagement. Il n'y a pas de place pour la négociation ni pour le jeu : « Le désintéressement – sans compensation – sans vie éternelle, sans la plaisance du bonheur – la gratuité intégrale, ne se réfèrent-ils pas à une gravité extrême et non pas à la frivolité fallacieuse du jeu ? » (p.6). Le désintéressement n'est même pas réellement un engagement puisque ce dernier suppose une posture active du sujet. Or l'autre, et l' « ordre » (p.14) que pose le visage, me trouve dans une position radicalement passive. Le sujet ne décide pas de ne pas rester indifférent à l'appel silencieux de l'autre. La responsabilité du sujet est première, elle est même « pré-originelle » (p.7), avant l'essence, avant le langage, avant même le temps. La subjectivité qui est pénétrée de responsabilité est « pur arrachement à soi » (p.176),

⁴⁶³ Lévinas, *Autrement qu'être ou au-delà de l'essence*. op.cit.

il s'arrache de l'essence pour un « autrement qu'être ». « In-quiète », elle est « passivité plus passive que toute passivité » (p.18), jusqu'à être « otage » (p.7) de l'autre. Elle est une mise à nu extrême, le sujet « se dénudant de sa peau – sensibilité à fleur de peau, à fleur de nerf, s'offrant jusqu'à la souffrance » (p.18). Le « sacrifice » du sujet est « sans retenue » (p.18). Mais le terme de sacrifice donne encore trop le sentiment d'une activité du sujet. Il s'agit plus d'une « expiation » (p.18), le sujet étant pré-originellement en dette vis-à-vis de l'autre, une dette qui ne se rachète jamais mais « s'accroît au fur et à mesure qu'elle s'acquitte » (p.14). Paul Ricoeur⁴⁶⁴, lecteur critique de Lévinas, voit là l'hyperbole de la pensée du philosophe du désintéressement, qui culmine dans la « substitution ». En effet, l'aboutissement pour le sujet de cette responsabilité pré-originelle est non seulement l'effacement de soi, mais la dilution de soi dans l'autre.

Le *je* abordé à partir de la responsabilité est pour-l'autre, est *dénudation*, exposition à l'affection, pure susception. Il ne se pose pas, se possédant et se reconnaissant, il se consume et se livre, se dé-situe, *perd sa place*, s'exile, se relègue en soi, mais comme si sa peau elle-même était encore une façon de s'abriter dans l'être, exposé à la blessure et à l'outrage, se vidant dans un non-lieu, au point de se substituer à l'autre, ne se tenant en soi comme dans la trace de son exil. (p.176)⁴⁶⁵

Nous sommes ici dans une pensée éthique qui se veut séparée de l'ontologie et pénétrée d'Infini. C'est une forme de mystique de l'éthique où la susception, la substitution, le désintéressement sont les seules modalités d'être possibles face à l'autre. Dans l'éthique, le moi doit se laisser posséder sans lutter par la responsabilité, tout mouvement de révolte de l'être, toute préméditation entraînant une « carence » (p.173) aux conséquences catastrophiques. La rencontre de l'autre suppose alors une position subjective qui apparaît se situer en-deçà et au-delà de la capacité humaine. La responsabilité ne semble accessible qu'aux anges ou aux saints et chaque manquement du sujet l'amène à mesurer le poids croissant de sa dette vis-à-vis de l'autre. Notons également que le tiers – le prochain du prochain, la justice, les institutions – n'est pas absent de la pensée éthique de Lévinas, mais

⁴⁶⁴ Voir par exemple : Ricoeur, *Soi-même comme un autre*. op.cit. 387-93

⁴⁶⁵ Lévinas, *Autrement qu'être ou au-delà de l'essence*. op.cit.

qu'il apparaît secondairement, comme une conséquence de la réponse à l'assignation par l'autre. La paix n'est véritable que dans la responsabilité vis-à-vis d'autrui. Le tiers n'est pas ici condition, fondement de la relation, mais produit, aboutissement pour le moins fragile.

3. La dialectique inquiétude pour soi / inquiétude pour l'autre

Nous avons vu jusqu'ici deux perspectives distinctes tentant de relancer, au-delà et au travers de l'inquiétude, la relation à l'autre. La première aboutit au souci de soi, la seconde au désintéressement, mais chacune se heurte à une limite. Le souci de soi se porte par le sujet toujours au risque de l'hypertrophie du moi, de la *philautie*. La rencontre de l'autre, si elle n'est pas alors purement et simplement impossible, est soumise à son évaluation, un examen de la valeur de l'autre pouvant devenir préalable à l'engagement. Dans un tel « dérapage » du souci de soi, le soignant, amoureux de sa propre valeur, ne s'engagerait dans une relation de soin qu'avec des « bons » patients, susceptibles de lui offrir des gratifications personnelles et de renforcer son amour propre. À l'opposé, l'effacement de soi dans le désintéressement semble surhumain et peut apparaître alors soit comme une hypocrisie, le sujet faisant semblant de répondre, soit comme un sacrifice méritant canonisation. S'il est possible de trouver là un sens à son existence dans un rapport à la transcendance, il est plus difficile d'en trouver un dans le rapport à l'autre, dans ce monde. Nous allons voir la critique qu'en fait Jankélévitch, mais nous connaissons déjà la perplexité des soignants d'EthNaA face aux entreprises sacrificielles de certains de leurs collègues. Dans tous les cas, nous ne sommes pas à l'abri des risques pour la relation de soin de basculer dans l'emprise réciproque ou dans l'abandon, impasses et échecs de la rencontre. Pourrait-il alors exister un entre-deux, un juste milieu, un moyen terme qui permettrait de penser une position viable à partir de laquelle s'élancer vers l'autre tout en restant dans une sécurité relative par rapport aux écueils que nous venons d'identifier ?

Nous avons déjà évoqué la philosophie de Vladimir Jankélévitch et elle nous semble présenter un point de vue intéressant pour nous ici. Sa pensée des paradoxes auxquels est soumise l'existence morale humaine permet effectivement de

s'extraire de la dichotomie entre inquiétude pour soi et inquiétude pour l'autre et de l'aborder sous la forme d'une dialectique. Jankélévitch⁴⁶⁶ souligne que la vertu n'est un fait permanent pour personne et que le vertueux, complet et permanent, n'existe pas sauf dans la mauvaise foi de l'autosatisfaction du sujet. La vertu morale contient un premier paradoxe puisqu'elle n'a de sens que comme référence constante, mais en même temps ne peut être portée constamment par le commun des mortels, et perdrait même toute valeur morale si elle pouvait l'être, devenant une habitude. Le sujet oscille donc entre des périodes de conscience morale et des intervalles d'inconscience.

Les intermittences sont ici anormalement fréquentes, les éclipses de conscience démesurément prolongées : pendant ces longues pauses la conscience, apparemment vide de tout scrupule, semble frappée d'anesthésie morale et d'adiaphorie morale, c'est-à-dire incapable de distinguer entre le « bien » et le « mal ». (p.10)

Jankélévitch appelle « alternative » cette oscillation entre périodes de conscience et de sommeil moral, mais aussi entre clairvoyance et perplexité morale. L'alternative, profondément inquiète, constitue le tragique de la condition humaine, mais également son moteur moral comme nous allons le voir. Elle engage en tout cas à renoncer à toute tentative de fonder un système éthique total, ou tout simplement à trouver une réponse apaisante à l'inquiétude du soin en addictologie. Dans ce paysage de faiblesse morale humaine, le doute peut devenir envahissant et conduire à un isolement radical des individus, et interdire toute pensée d'un rapport à l'autre. Pour cette raison, le philosophe prend le soin de préciser que, quelle que soit la circularité qui se met en place entre le doute et la pensée, cette dernière, support indispensable à l'action morale, en sort toujours grandie.

Plus je doute et plus je pense ; et réciproquement, plus je pense, plus je doute ; mais à nouveau je pense en recommençant à douter, et de plus en plus activement : le cercle se ferme, s'entrouvre, se referme continuellement, mais chaque fois à un exposant supérieur ; l'auction ne cesse de croître, l'enchère de monter ; le doute et la pensée rivalisent à l'envi, se renforçant l'un l'autre à qui

⁴⁶⁶ Vladimir Jankélévitch, *Le paradoxe de la morale* (Paris: Seuil, 1981).

mieux mieux... Mais dans tous les cas, les fractures se ressouderont, les solutions de continuité seront comblées. La pensée aura le dernier mot. (p.15)

Le sujet est donc équipé pour faire face aux difficultés morales, mais il est enfermé dans l'alternative. Pourtant, ce drame est également l'occasion de l'action morale. La pensée éthique de Jankélévitch repose sur l'appréhension du paradoxe figuré par l'« organe-obstacle ». Il est « l'appareil sensoriel (...) indivisiblement organe et obstacle » (p.110). Il freine et en même temps stimule, il stimule parce qu'il freine. Jean-Jacques Lubrina⁴⁶⁷ donne l'exemple du corps qui est à la fois « promesses de vie et de mort » (p.85), fait vivre parce qu'il y a la mort. Nous avons déjà vu cette idée à propos de la « futurition », capacité de projection vers l'avenir provenant pour Jankélévitch précisément de la conscience de la mort. L'organe-obstacle fondamental pour la vie morale selon le philosophe est l'égo, mais nous pouvons observer que pour nos soignants, l'inquiétude constitue également un organe-obstacle, puisqu'en tant que modalité de perception et d'action dans la relation de soin elle freine leur engagement auprès des patients tout en étant la source de leur mouvement vers eux. Une source d'autant plus abondante que la résistance est intense.

Mais revenons à notre dialectique souci pour soi / souci pour l'autre. Jankélévitch fait donc de l'égo l'organe-obstacle central de la vie morale. Pourtant, comme nous l'avons déjà vu, c'est l'amour, en tant que renoncement à soi, qui est la « vertu en toute vertu »⁴⁶⁸ (p.41). Ce nouveau paradoxe doit s'envisager dans le cadre conceptuel de l'organe-obstacle⁴⁶⁹.

L'homme moral est alourdi par le plomb de l'égoïsme ; mais parce qu'il est freiné, et même en tant qu'il est freiné, l'homme moral est *ipso facto* aspiré vers la hauteur (...). Il est aspiré parce que précisément il est freiné : car c'est le malgré que qui est à la fois le grâce à. (p.118)

La vie avec soi s'oppose à la vie avec l'autre. Dans le vocabulaire de Jankélévitch, l'être s'oppose à l'amour, l'égoïsme à l'abnégation. L'égoïsme est l'origine de tous

⁴⁶⁷ Jean-Jacques Lubrina, *Vladimir Jankélévitch : Les dernières traces du maître* (Paris: Josette Lyon, 1999).

⁴⁶⁸ Jankélévitch, *Traité des vertus*, 1986.

⁴⁶⁹ Jankélévitch, *Le paradoxe de la morale*. op.cit.

les défauts moraux. L'auteur en dresse un tableau dans « Le sérieux de l'intention »⁴⁷⁰.

Ce sont en général toutes les ramifications de la philautie, toutes les périphrases de la malveillance, tous les travestis d'une mauvaise volonté protéiforme (...) : la micropsychie, la jalousie, la vanité, l'hypocrisie et aussi cette lâche facilité qui est, à sa manière, une des formes les plus répugnantes du géotropisme moral. (p.12)

Il précisera cependant que l'égoïsme ne s'engage dans la voie de la mauvaise volonté que si le sujet fait preuve de complaisance à l'égard de son amour propre. S'il ne fait que le vivre dans l'alternative, il est moins condamnable. Il peut même être recommandé sous une certaine forme par le philosophe à la condition d'être empreint de modestie Mais cependant l'amour « sincère » est un commandement moral et il s'accommode mal de l'amour propre : « Tout entier extroversé, tourné vers l'autre, et en l'espèce vers la deuxième personne, l'amant, dans l'amour limite, tend à l'oubli de soi, à une sorte de perdition extatique et d'anesthésie intérieure »⁴⁷¹ (p.144). Le sujet moral est prêt à se consumer dans l'amour de l'autre, et c'est la seule voie qui en fasse un amour sincère. Mais le paradoxe réside dans le fait qu'il n'y a pas d'amour sans être. L'annihilation de l'être dans l'amour est une contradiction, puisque pour aimer, il faut un amant vivant et libre. Ainsi, l'absolutisme altruiste qui conduit à « vivre pour l'autre à en mourir » (p.124) constitue une impasse de l'amour. Se dessine ainsi une bipolarité problématique dans le rapport à l'autre.

Certes on ne saurait rester en deçà de la plus faible lueur d'altruisme sans devenir aussi épais qu'un rhinocéros moral, aussi vorace qu'un crocodile. Mais on ne saurait non plus aller au-delà d'une philautie infinitésimale sans que l'altruisme lui-même ne se dissolve dans l'extase de l'inexistence et de l'inconsistance, ne s'annihile lui-même dans le zéro du moi : si un atome d'égoïsme, un soupçon de sensualité, quelques grains d'amour-propre ne viennent ternir notre transparence morale et épaissir notre pureté pneumatique, il n'y a pas d'abnégation non plus. (p.128)

⁴⁷⁰ Vladimir Jankélévitch, *Traité des vertus : Tome I, Le sérieux de l'intention* (Paris: Flammarion, 1983).

⁴⁷¹ Jankélévitch, *Le paradoxe de la morale*. op.cit.

Ainsi l'amour selon Jankélévitch nécessite-t-il un compromis préservant l'amant : « Pour ne pas se contredire définitivement en allant à l'extrême, l'altruisme doit se contredire provisoirement en préservant l'égo ; un altruisme relativement égoïste, c'est-à-dire un altruisme suspendu, est plus efficace qu'un altruisme absurdemment altruiste »⁴⁷² (p.252). L'auteur indique ici le devoir de « suspendre » le geste d'amour sous-peine de l'annuler. Cette suspension apparaît d'abord comme un renoncement, à contrecœur. Il précise pourtant, dans la logique de l'organe-obstacle, que cette suspension est le moteur même de l'amour : « la vacance temporaire de l'amour aère l'amour irrespirable et le rend moins épuisant ; (...) l'égoïsme peut être l'état de reposante jachère grâce auquel l'amour reprend ses forces. » (p.252-253). L'amour de l'autre est donc une forme d'équilibre qui s'inscrit dans la dialectique entre l'amour pour autrui et l'amour pour soi. Cette dernière figure pour nous la dialectique entre inquiétude pour soi et inquiétude pour l'autre. Mais cet équilibre n'est pas un juste milieu, il est une dynamique en déséquilibre perpétuel, une dynamique proprement éthique. Elle suppose la retenue du dernier instant dans l'engagement amoureux auprès de l'autre. Comme le rappelle Lubrina⁴⁷³, il faut « se sacrifier 'un peu' ou 'jusqu'à un certain point', comme si 'se sacrifier jusqu'à un certain point, et pas au-delà, *était encore* un sacrifice !' » (p.93). Ainsi plus qu'un compromis tiède, il s'agit d'un engagement « à la limite » auprès de l'autre, sans toutefois renoncer à soi. C'est une situation instable qui ne permet finalement la rencontre que de manière fugace mais qui se trouve être la seule position moralement tenable dans l'alternative qui se pose entre repli narcissique, philautique et perdition dans la relation à l'autre.

⁴⁷² Vladimir Jankélévitch, *Traité des vertus : Tome 2, Les vertus et l'amour, 2e partie* (Paris: Flammarion, 1986).

⁴⁷³ Lubrina, Vladimir Jankélévitch. op.cit.

Vers une éthique et une clinique amoureuses de la relation inquiète

Nous pouvons maintenant penser l'inquiétude dans sa dualité et envisager, sous ce jour, la relation de soin telle que les professionnels d'EthNaA, puis nous-même, en avons parlé. Ce que nous avons perçu de la relation dans les discours de l'étude nous a fait appréhender la relation de soin en addictologie comme une relation inquiète, dont l'effet dominant est la paralysie. Nous allons pouvoir maintenant la caractériser plus précisément. De plus, des pistes se sont ouvertes pour nous. Elles nous invitent à penser les conditions d'une autre expérience de l'inquiétude. L'élancement qui occuperait le soignant pourrait alors le conduire à provoquer un changement de dynamique de la relation de soin. Nous aurons à décrire cette nouvelle mobilité et son destin.

1. La relation inquiète en addictologie

La relation inquiète dans le soin des addictions nous apparaît maintenant clairement. Pour la décrire, nous adopterons deux points de vue successifs. Le premier, « topographique », nous permettra de préciser la position des différentes « personnes » en jeu dans cette relation. Le second envisagera la dynamique singulière et problématique de cette dernière.

1.1. Topographie de la relation inquiète

Nous nous proposons ici de suivre la structure de l'analyse que fait Paul Ricœur de la relation dans le cadre de sa phénoménologie de l'homme capable⁴⁷⁴. Nous évoquerons donc les trois termes définis par les pronoms personnels « je », « tu » et « il ». La reconnaissance de l'autre, la réponse à son attente, nous ayant semblé être le nœud éthique de la relation de soin, nous décrirons la position du « tu » avant celle du « je » et du « il ».

⁴⁷⁴ Voir « Un regard sur la relation de soin »

L'autre étrange(r) mais en attente

Au travers des discours des soignants de l'étude EthNaA et dans les histoires cliniques que nous avons rapportées, les patients ont pris des figures inquiétantes : monstres, animaux, entités non-humaines. Le thème de l'« anormalité anormale » qui est issu de l'analyse des discours souligne bien à quel niveau d'altérité se situent les personnes soignées. Elles sont aux antipodes de la norme. Elles sont à la place de l'étranger le plus lointain. Notre parcours théorique de la notion d'inquiétude nous permet de reconnaître en lui la figure du barbare, celui qui n'a rien de commun avec nous et préfigure pour nous notre propre mort. Cet autre nous fait violence par sa seule existence. Mais les travaux psychanalytiques sur l'« inquiétante étrangeté » nous ont appris que cette violence résultait d'abord de notre propre étrangeté. L'étranger est en nous : c'est notre vie psychique inconsciente. Et nous craignons la folie et la destructivité de cet autre intime. Nous avons vu, dans nos explorations de l'expérience du soin en addictologie, les soignants regarder les patients comme des étrangers lointains. Mais nous les avons vus également inquiets de leur propre proximité à l'addiction, voire à la folie. Les réflexions de Mélanie Klein sur les premiers mécanismes de projection et d'intériorisation des angoisses persécutives nous ont permis de comprendre comment pouvaient circuler les attributions de qualités mauvaises entre patients et soignants. Ces mouvements reposent sur le clivage qui se produit chez le professionnel, à ce moment particulier de la rencontre. Dans cette « inquiétude narcissique », l'autre se trouve soit trop loin, soit trop confondu avec le sujet pour pouvoir se trouver en place d'interlocuteur. La relation qui se met en place entre soignants et patients peut alors être vue sous l'angle des rapports entre « sujets sartriens ». Ils sont effrayés les uns par les autres, chaque contact étant l'épreuve d'un envahissement et d'une dépossession de soi. Tout occupé à sa survie, le sujet adopte des attitudes vis-à-vis de l'autre dont aucune, nous dit Sartre, ne parvient à le sécuriser suffisamment pour qu'il puisse entrer en relation avec lui. Mais ces échecs n'aboutissent pas à l'isolement. L'autre étant omniprésent, l'affrontement est inévitable et conduit à un cercle terrible de la relation qui passe par le sadisme et la haine, le masochisme et l'amour. Nous avons vu les soignants et nous sommes vus nous-même dans de telles logiques relationnelles avec les patients : expositions masochistes dans une certaine forme d'altruisme, attaques haineuses, mouvements

sadiques et amoures paradoxales. L'autre est ici absolument inaccessible et il est difficile de penser, dans ce contexte, les conditions d'un soin.

Mais la difficulté ne se limite pas à ce niveau des représentations sous-jacentes. L'inquiétude trouve aussi ses racines dans la réalité. Les patients se montrent effectivement hésitants à entrer en relation avec les soignants. Nous l'avons dit, ils se présentent mais semblent se dérober dès qu'une réponse des professionnels se profile. Tels Jim, ils prennent la fuite quand quelqu'un de bienveillant tente de commencer une relation avec eux. Pourtant, ils sont bel et bien là, dans les espaces du soin. S'ils ne peuvent pas formuler nettement une demande d'aide - entendue ici comme une demande de relation, au-delà de la recherche de prestations concrète – ils sont en attente. C'est ce terme qui nous a semblé le plus propre à signifier une position fréquente des patients dans le soin addictologique. Cette attente est, comme nous l'avons vu, attente de l'engagement des soignants. Et les soignants d'EthNaA le disent : ils se sentent obligés par cette attente.

Le sujet incertain mais responsable

Le sujet soignant en addictologie est un sujet accompli. C'est un adulte qui s'est installé dans la vie en trouvant un certain équilibre entre ses désirs et ses possibilités réelles, dans son jeu identitaire et dans son organisation quotidienne. Pour autant, il apparaît souvent vulnérable dans le contexte du soin addictologique, et nos propres expériences nous ont permis de le souligner. Il est alors en difficulté pour se reconnaître dans une identité professionnelle clairement définie, il peine à se situer dans une filiation par rapport à des discours théoriques et des figures de référence, il se sent isolé du reste des soignants en addictologie, et plus encore des autres professionnels du soin. Il est également en difficulté pour distinguer ce qu'il vit dans les relations avec les patients et ce qu'il vit dans sa vie personnelle. Les histoires des patients peuvent s'entremêler et se confondre avec les leurs ou celles de leurs proches. Et le regard du monde extérieur qu'ils sentent sur eux ne les aide pas à se différencier des addicts. Nous avons vu deux sources principales de flottement identitaire pour les professionnels : leur cadre incertain d'exercice et l'état psychique dans lequel les plonge la relation.

L'environnement extérieur est en effet peu sécurisant voire inquiétant pour les soignants. La société est perçue comme ambivalente voire hostile à l'égard des patients, mais également du soin. Les décideurs politiques et la loi sont vus comme des représentant du champ social ambigu et peu courageux. Le mouvement addictologique est un support d'identité régulièrement invoqué par les professionnels, mais il semble encore partiellement limité. Les soignants paraissent flotter au plan théorique et pratique entre d'anciens paradigmes en perte de vitalité et un nouveau modèle qui hésite entre l'intégration nivelante et aconflictuelle des approches précédentes et le rêve d'une renaissance autoengendrée. Dans leurs institutions et dans leurs équipes, ils se sentent bien, mais parfois au prix d'une illusion groupale et d'une projection sur l' « extérieur » du mauvais qui renforce leur sentiment d'isolement. De plus, il règne une certaine insécurité sur la stabilité et la pérennité des institutions. Enfin, nous l'avons vu, l'environnement affectif des professionnels est lui-même parfois source d'inquiétude quand il met en question le sens et le bien-fondé du soin. Nous avons relevé à différents moments de notre travail – notamment au travers des analyses sociologiques et des données de la littérature scientifique – des éléments de réalité qui accréditent ce sentiment diffus des soignants interrogés dans notre étude. Mais il est également alimenté par des fantasmes propres aux soignants. Nous avons parlé, pour ce qui nous concerne, d'un fantasme d'enfant relégué. Celui-ci nous paraît également perceptible dans les discours d'autres soignants de l'étude. D'autres fantasmes sont également à l'œuvre sans que nous puissions les distinguer dans notre matériel.

L'intensité de l'inquiétude – dont nous avons longuement décrit les différentes sources : patient, produit, soignant et environnement – induit chez les soignants des mouvements de repli sur les modalités psychiques de fonctionnement moins intégrées que celles qui sont les leurs en temps normal. Leurs investissements narcissiques sont alors très sollicités. Cela détermine leur sentiment de flottement identitaire et induit des modalités de fonctionnement, collectives et individuelles, particulières. Celles-ci installent et consolident un climat de défiance dans la relation. Les « attitudes » du sujet à l'égard de l'autre décrites par Sartre nous ont déjà permis d'en décrire les conséquences. En l'absence d'une remobilisation des ressources des professionnels, elles laissent peu de chance au soin. Nous avons vu combien un tel climat pouvait être stable. Il est très difficile pour le soignant, chez

qui la rencontre de soin a réactivé des fantasmes et des modalités d'être avec l'autre qui correspondent à des périodes lointaines de sa vie psychique, de s'extraire du clivage qui réémerge en lui.

Il essaie pourtant, et nous avons souligné les nombreuses idées des professionnels pour se dégager des difficultés de la relation de soin. Ils ont un sens aigu de leur responsabilité et ne demandent aux patients qu'un embryon d'engagement. Mais au regard de notre analyse de la position de l'autre du soin, du patient, c'est peut-être déjà demander trop. Toujours est-il que les soignants cherchent des solutions d'abord dans un équipement personnel, individuel et d'équipe, et dans un recours aux tiers externes. Ces discours nous ont amené à formuler une première théorie qui mettait en évidence une trajectoire idéalement linéaire du soin : un soin de soi et un recours au tiers externe seraient les conditions, nécessaires et suffisantes, de la restauration de la relation de soin. Mais nous avons noté les doutes et inquiétudes persistantes des soignants et avons ensuite discuté cette théorie au regard de nos expériences propres. Il nous apparaît que c'est dans l'approche de la fonction tierce que se trouve une faiblesse de la théorie des professionnels rencontrés dans le cadre de l'étude EthNaA.

Le tiers à l' « extérieur »

La pensée de la fonction tierce est un point de tension dans notre approche complémentariste. Dans les différents discours que nous avons présentés, le tiers apparaît de manière constante comme une condition nécessaire de la rencontre et du maintien d'une relation. Mais le lieu d'où il exerce sa fonction – extra ou intrasubjectif – est envisagé différemment selon les auteurs et leurs traditions de pensée. Le regard de Sartre sur la relation dans « L'être et le néant » nous a aidés à comprendre la manière dont celle-ci était fréquemment vécue dans le cadre du soin. Le tiers, chez Sartre, se situe résolument à l'extérieur du sujet. Le tiers n'est autre qu'un autrui. Un autrui pour autrui et pour le sujet. Pour penser la place du tiers, Sartre n'opère qu'un changement de niveau. Autrui *me* regarde, le tiers *nous* regarde. Et ce regard nous saisit dans notre être. En tant qu'autrui d'autrui, il se situe dans la même extériorité radicale vis-à-vis du sujet et de l'autre. Il est également persécuteur et suscite les mêmes attitudes problématiques du sujet face à

l'autre. La particularité de cette configuration est que le tiers nous saisit dans un état d'unité sujet-autre. On reconnaît ici l'appréhension des patients par les soignants lorsqu'ils sont en position de repli défiant, où l'autre se trouve soit trop éloigné dans une altérité absolue, soit trop proche, subjectivité et altérité étant fusionnées et indifférenciées. L'extériorité radicale du tiers se révèle ici problématique.

Dans les réflexions de Paul Ricœur sur l'éthique de l'« homme capable », le tiers apparaît également extérieur au sujet. Il se situe dans le collectif, la loi, ou le récit historique. C'est de cette place qu'il rend possible et sécurise la relation du « je » au « tu ». Mais cependant, Ricœur souligne que le pôle tiers, celui du « il », est avant tout le siège de la morale. Celle-ci a, pour le philosophe, précisément le rôle du tiers interdicteur et protecteur avec lequel et par lequel « je » et « tu » sont en lien. Cette morale, et au travers d'elle la fonction tierce, ne prend pas le pas sur la responsabilité du sujet, mais l'accompagne. *Dans* le sujet, morale collective et éthique individuelle dialoguent. L'intériorisation de la morale est donc un temps indispensable à la prise de position de l'homme capable. Cette conception de la fonction du tiers n'est pas sans lien avec celle de la psychanalyse, notamment sur sa double « localisation » interne et externe au sujet. Dès le début de la vie, le nourrisson fait connaissance avec le tiers qui se loge dans les écarts qui se produisent entre sa mère et lui. D'abord persécuteur, il s'intériorise en objet clivé bon et mauvais, puis s'intègre au moi de l'enfant au fur et à mesure de son développement psychique. Le tiers est donc un objet interne qui s'étaye sur des objets externes. La fonction tierce se construit pour le sujet dans ses interactions avec son environnement, proche d'abord, puis de plus en plus étendu. Dans la pensée psychanalytique du fait social, le groupe et les institutions humaines, sous certaines conditions, portent ainsi la fonction de tiers. Mais cette fonction n'a de sens pour le sujet que si ce « portage » représente le tiers qu'il a intériorisé. Il bénéficie alors d'une sécurité propre, et offre à l'autre une sécurité, leur permettant de vivre une relation en supportant les aléas. Mais le tiers interne n'est pas posé une fois pour toutes. Il peut être isolé et paralysé dans des moments de régression, de repli sur des positions narcissiques, dont nous avons déjà dit qu'ils se produisent régulièrement dans les relations avec les patients, mais qui ponctuent également la vie quotidienne des sujets adultes. Les représentants du tiers externe sont alors

précieux pour étayer à nouveau les mouvements de réveil du tiers interne par le sujet.

Au travers des discours des soignants ayant participé à l'étude EthNaA et de nos propres expériences du soin des addictions, nous avons observé les fréquents mouvements de repli narcissiques qui se produisent au cours des échanges avec les patients. Dans ces circonstances, le tiers est apparu logiquement comme très affaibli. Les professionnels se sont montrés conscients de la nécessité de réanimer une fonction tierce. Peinant à la soutenir en eux, ils l'ont recherchée à l'« extérieur ». L'importance qu'ils donnent à ce dernier montre le besoin qu'ils ont de tiers. Ils le recherchent dans le travail d'équipe, les outils institutionnels, l'organisation, le discours politique et social, et dans le rôle du superviseur... sans jamais sembler pouvoir l'y trouver. Mais ils sont également, nous l'avons vu, très méfiants vis-à-vis de l'extérieur qui prend souvent figure de persécuteur. Les soignants sont alors tentés de faire sans le tiers.

Cette oscillation entre un mouvement bridé vers le tiers et une exclusion de ce dernier apparaît encore comme l'effet de la circularité dans laquelle se trouve prise la relation de soin. Après avoir envisagé cette dernière sur un plan topographique, il nous faut donc maintenant tenter de la caractériser de manière dynamique.

1.2. Dynamique de la relation inquiète

Nous allons voir ici dans quel mouvement préoccupant se situent les attitudes des soignants à l'égard des patients, dans une relation infiltrée par la défiance.

La défiance première

Nous avons souligné à de multiples reprises la place de la défiance dans les relations qui se mettent en place dans le contexte des addictions. Elle nous est apparue dès nos premières expériences avec les patients dans ce champ clinique, et s'est montrée influente dans nos premières interactions avec les professionnels dans le cadre de la recherche. Mais la problématique éthique se concentre sur la relation de soin. La défiance lui pose effectivement de nombreux problèmes. Elle renforce l'inquiétude paralysante chez le soignant et est source d'éprouvés pénibles et

d'épuisement. Elle met tout en doute – la parole du patient en premier lieu – sauf le doute lui-même. Mais surtout, elle induit des modalités d'être avec les patients qui tendent à les laisser seuls face à leurs difficultés existentielles ou à les saisir dans un tissage de liens rigides. Ces deux conséquences sont d'ailleurs équivalentes au plan de l'expérience du soin par le patient, comme à celui de la dégradation des qualités éthiques et cliniques de la relation de soin.

La relation inquiète s'établit donc entre un soignant incertain au plan identitaire – par effet de la réalité et par mouvement régressif – mais désireux de s'engager, et un patient en situation d'attente « corrosive ». Le tiers, sensé contenir les mouvements affectifs liés à la relation, fait défaut à l'intérieur des protagonistes et de l'espace de la relation, et les représentants externes du tiers sont peu reconnus. Patients et soignants, désormais difficiles à différencier, sont alors tentés de maintenir le tiers à l'écart, à la fois parce qu'il devient persécuteur et suscite chez les protagonistes de mouvements de protection, et parce que ces derniers cherchent, à leur insu et malgré le coût affectif que cela provoque, à pérenniser un état relationnel qui vient satisfaire des désirs archaïques réveillés par la rencontre. Un des moyens de tenir éloigné le tiers est de le réifier en le figeant dans des pratiques de défiance. Dans notre étude, les soignants nous ont signalés celles qui résidaient dans certains usages de test réactifs et de contrats de soin, mais qui s'étendent également à certaines organisations institutionnelles – quand elles se rigidifient ou au contraire deviennent très lâches. La défiance se creuse alors, à l'image d'une dépression atmosphérique. Elle se nourrit des fantasmes partagés, illustrés par les représentations sociales péjoratives, des fantasmes individuels et des diverses expériences préliminaires à la rencontre, puis contemporaines de cette dernière. Cette force centripète entraîne alors la relation dans un mouvement circulaire stable et continu. Cette dynamique est soulignée par plusieurs auteurs dont nous avons présenté les travaux. Elle apparaît clairement chez Sartre ou chez Lévinas, et également chez Soulet lorsqu'il qualifie le climat d' « in-quiétude », associé à la défiance, comme « instabilité structurelle ».

La circularité problématique

La relation de soin apparaît donc prise dans un mouvement circulaire dont il est difficile de la dégager. L'« œil » de cette rotation pourrait être la jouissance narcissique aux dépens de l'autre, au sein de la dyade fusionnelle patient-soignant. Le désir de jouissance, provoqué par le repli sur des positions narcissiques du sujet, serait la force qui tend à entraîner tous les investissements relationnels vers le centre du moi pour les résorber et trouver un état final d'apaisement des tensions. Cette force serait ici une représentation de la pulsion de mort freudienne. L'autre doit alors être neutralisé, la différence constituant pour le moi régressé une menace majeure et une limite à la jouissance et à l'apaisement. Il est alors soit expulsé – et nous avons vu des tentatives de rejet et des éjections réussies de patients dans nos récits et dans ceux des soignants d'EthNaA ; soit maîtrisé. Cette dernière « solution » permet à la fois de sécuriser le moi et de prendre l'autre comme instrument au service de ses rêves de jouissance et d'apaisement. Il n'est rien ici qui puisse nous laisser entrevoir une issue favorable à la relation de soin. Pourtant, les soignants, semblant faire confusément le même constat que nous, cherchent dans une forme d'amour le moyen de relancer le soin. Nous l'avons vu dans la première théorie issue de leurs discours. L'amour dont il est question vise à reconnaître l'autre sujet en prenant soin de soi et en réanimant le tiers. Malheureusement, ces tentatives restent timides, bridées, ambivalentes. Le soin de soi s'arrête en chemin, en se limitant à la quête de savoir et de techniques, et le tiers est maintenu à l'extérieur. L'amour demeure alors trop proche de ce qu'il est pour Sartre : un pacte fragile de non-agression. Et le philosophe montre bien la vanité de la tentative. L'amour qui croît pouvoir échapper au cercle ne fait que le relancer.

L'éthique de la relation qui apparaît dans notre première théorie tente de mettre en place une alternative qui permettrait de juger, et de choisir un préférable. D'un côté il y aurait le cercle perpétuel des attitudes néfastes à l'égard du patient et du soin, et favorables à la jouissance de soignant. De l'autre, l'arrachement au cercle projetant le soignant sur une trajectoire d'altruisme absolu. Le premier terme de l'alternative serait bien entendu le mauvais à condamner et proscrire, et le second, le désirable au plan moral. Cette position éthique des soignants permet de distinguer clairement le préférable, mais peine à nous indiquer le chemin pour l'atteindre. Plus grave, ils ne semblent pas pouvoir s'y engager résolument. Elle ne présente donc pas de

preuve de la possibilité d'un choix et de la réalité de l'alternative. Nos recherches sur nos expériences propres et nos lectures d'analystes de l'inquiétude, nous orientent vers une autre position éthique que nous voulons proposer. Elle passe par un renoncement, au moins provisoire, à l'alternative et se tourne vers une dialectique. Avant de pouvoir la caractériser, il nous faudra dire sur quels « lieux » elle souhaite intervenir.

2. Une éthique et une clinique amoureuses

Maintenant que nous avons une représentation claire de ce que les soignants expérimentent dans la relation, ainsi que des conséquences délétère pour ses qualités éthiques et cliniques, il nous faut nous lancer à la recherche de voies d'intervention et dire quels résultats nous espérons. Nous préciserons d'abord « où » nous pensons souhaitable d'intervenir, puis nous présenterons une nouvelle dynamique potentielle, alternative à la première.

2.1. Les « lieux » de l'action éthique et clinique

Nous avons déjà insisté sur la responsabilité première du soignant, et avons laissé entendre qu'il ne pouvait entrer dans la relation qu'accompagné d'une fonction tierce renforcée. Notre visée étant toujours la rencontre du patient-sujet, nous aurons ici à modifier l'ordre de mise en jeu de nos « personnes ». « Je » et « il » ont ici à dialoguer de manière intense pour relancer le sujet dans un élan vers le « tu ».

Le primat du tiers

Nous avons longuement souligné les rapports ambivalents que les soignants en addictologie, ceux de lieux visités au cours de l'étude EthNaA et nous-même, entretiennent avec la fonction tierce. À partir de nos expériences propres, nous avons insisté sur la nécessité de modifier ce rapport pour que le troisième terme entre dans l'espace de la relation patient-soignant et en modifie les qualités éthiques et cliniques. Dans la situation que nous avons décrite, où le lien entre professionnel

et patient est organisé, à la fois au niveau interindividuel et groupal, selon les modalités du repli narcissique, il faut affirmer le rôle primordial du tiers. Nous avons vu que c'est vers lui que les soignants, spontanément, se tournent sans pour autant parvenir à soutenir ce mouvement jusqu'à son terme. Le tiers, loin de nous figer honteusement dans la « facticité » de l'être comme le pense Sartre, doit permettre au soignant comme au patient de percevoir à nouveau la subjectivité de l'autre, et par là retrouver une perception de soi comme sujet intégré. Comme nous l'avons souligné plus haut, le tiers réside dans deux espaces définis par rapport aux limites du sujet : interne et externe. Le tiers intériorisé est le plus efficace pour sécuriser le sujet dans ses relations avec les autres, mais il est dépendant des représentants externes de la fonction tierce. Dans la première enfance du sujet, au moment où se constituent son fonctionnement psychique propre et ses liens avec son entourage, l'intériorisation du tiers s'appuie sur les expériences que le sujet fait de la fonction tierce dans ses rapports avec son environnement. Celle-ci est classiquement liée à la fonction paternelle – qui n'est pas uniquement portée par le père. La place que le tiers pourra prendre dans le fonctionnement psychique du sujet dépendra en grande partie de ces premières expériences, mais il pourra ensuite s'étayer sur d'autres représentants externes de la fonction tierce. Dans des moments où le sujet se trouvera régresser à des niveaux plus archaïques de son fonctionnement psychique – moments, rappelons-le, qui se produisent dans les relations avec les patients addicts, mais également régulièrement dans la vie quotidienne à la faveur de certains événements – il pourra compter sur le « souvenir » de ses expériences premières de la fonction tierce, mais également sur la présence de représentants externes du tiers et de leur éventuelle intervention. Il existe donc deux niveaux où nous pourrions envisager d'agir.

Nous espérons donc ici compléter le mouvement des soignants vers le tiers en envisageant de quelle manière son intériorisation par le sujet pourrait être soutenue, et sa représentation dans l'environnement des professionnels, renforcée.

Le tiers interne par le souci de soi

Nous avons vu que le défaut d'intériorisation du tiers chez les soignants était un point d'achoppement dans leurs tentatives pour se dégager de l'inquiétude

paralysante et de la défiance qu'elle produit. Nous les avons vus esquisser une démarche de prise en compte de soi dans la relation. Ils sont en recherche d'équipement et de mieux-être. Cette approche du soin de soi nous est apparue réservée par rapport au souci de soi tel qu'il a été développé dans une longue tradition philosophique. Michel Foucault, qui en a fait une profonde et précieuse analyse, le décrit comme une pratique transformatrice de soi, une subjectivation par « conversion à soi ». Le souci de soi est un mouvement résolument égocentré, mais qui ne peut en aucun cas se réaliser sans la présence d'un tiers. De plus, sa finalité n'est pas l'isolement subjectif, la jouissance en soi. Elle est, bien au contraire, la rencontre de l'autre et la participation à la vie sociale, et nécessite des efforts importants du sujet. En cela, le souci de soi nous semble être une piste précieuse pour envisager d'infléchir la dynamique de la relation de soin dans le champ des addictions.

Le souci de soi qui nous intéresse est donc bien différent des approches contemporaines de l'affirmation de soi ou du développement personnel. Ces différentes attitudes conduisent pour Foucault à « s'exalter soi et se replier sur soi ». Elles ne sauraient donc aider le soignant à quitter sa position première. En nous appuyant sur l'échange entre Socrate et Alcibiade, nous pouvons rappeler que le souci de soi n'est pas non plus une accumulation de savoir, quand bien même serait-ce un savoir de soi. Le « connais-toi toi-même » est subordonné au principe du souci de soi. Il est donc deux caractéristiques essentielles de ce dernier qui nous apparaissent comme les conditions de sa participation à un projet de changement de dynamique de la relation : la conversion⁴⁷⁵ subjective et le rôle fondamental du tiers externe. L'équipement personnel, par la formation par exemple, est nécessaire mais insuffisant. Les soignants d'EthNaA le perçoivent d'ailleurs plus ou moins clairement lorsqu'ils poussent leur recherche jusqu'à la nécessité de prendre un psychothérapeute personnel et de faire intervenir des personnages extérieurs pour soutenir une pensée commune dans le cadre d'une supervision. Transformation de soi et accueil de la fonction tierce nous apparaissent comme un même mouvement. Dans le rapport de soi à soi, le tiers externe est celui qui vient étayer la fonction tierce qui s'intériorise. Sans cette intériorisation du tiers, il ne peut y avoir de

⁴⁷⁵ Le terme est à entendre ici dans le sens de la mutation, de la transformation profonde de l'être, et non dans celui, théologique, de l'expérience de la foi.

transformation de soi, et, par conséquent, pas de nouvelle possibilité pour soutenir un autre rapport à l'autre.

Il est possible d'envisager diverses formes de souci de soi. Celles-ci passent par de pratiques qui sont « spirituelles » au sens philosophique que Foucault leur donne par opposition aux pratiques d'accumulation de connaissances. La psychanalyse est une pratique du souci de soi. Dans les domaines du soin et de la philosophie, il existe d'autres *technès* du souci de soi qui prennent comme objet une transformation de soi en s'appuyant sur la relation à un représentant externe du tiers. Mais le souci de soi peut aussi s'envisager dans le domaine des arts où les techniques viennent médier le rapport à soi.

Dans nos efforts communs, avec les soignants, pour nous dégager de l'inquiétude qui paralyse la relation de soin, nous ne saurions trop encourager les professionnels à s'engager dans des pratiques de souci de soi. Cela nécessite qu'ils aient le désir de se laisser transformer pour retrouver un rapport à eux-mêmes plus serein dans la relation et qu'ils soient prêts à se reconnaître une responsabilité personnelle dans la refondation de la fonction tierce. Bien entendu, de nombreux obstacles se dressent face à une volonté de réinvestir le souci de soi. Certains sont propres aux sujets, le souci de soi nécessitant un engagement important, une prise de risque, et supposant des contraintes concrètes (temps, argent...). D'autres sont liés au fonctionnement des institutions qui ne laisse que peu de place à des pratiques qui sont jugées comme un luxe inutile au regard de leurs missions. Comme nous l'avons évoqué dans notre troisième partie, nous nous sommes nous-même engagé dans des pratiques du souci de soi au travers, notamment, de notre psychanalyse personnelle et de notre supervision clinique, mais aussi de la recherche scientifique. Nous en avons souligné l'importance dans certains moments de notre parcours professionnel et de nos rencontres avec les patients. Nous voudrions encourager les professionnels d'addictologie à rechercher leurs voies propres pour se soucier d'eux-mêmes, mais il ne nous semble pas légitime ni réaliste de « prescrire » de telles pratiques. Elles relèvent *in fine* d'une délibération éthique individuelle. Toutefois, nous ne pensons pas pouvoir renoncer à soutenir un effort individuel et collectif pour un réinvestissement de la fonction tierce.

Le tiers externe par l'engagement « politique »

Il n'est pas possible de demander à chaque professionnel de s'engager dans une pratique du souci de soi. En revanche, le groupe peut, dans une certaine mesure, suppléer la fonction de support à la refondation du tiers interne. Il lui faut pour cela lui-même porter la fonction tierce, en « soignant » son propre rapport aux tiers externes. Autrement dit, une équipe qui intègre le tiers dans sa vie propre, son discours, son organisation, peut aider les individus-soignants qui éprouvent, dans leur relation avec un patient, l'immobilisation de leur fonction tierce interne. Mais dans sa référence au tiers externe, comme à un point d'ancrage, le groupe se tourne vers l'institution, elle-même en lien avec le cadre des tutelles, de la loi et de la société. Il y a ainsi un jeu d'enveloppes successives où chacune a une fonction de représentation du tiers. Cette multitude de représentants est une chance pour les soignants dans leur tentative de détourner la dynamique de la relation de soin. Pour pouvoir compter sur ces tiers externes, ils doivent s'engager simultanément dans deux directions : la reconnaissance de ces tiers et le soutien de la prise de fonction réelle des tiers. Cette action complexe, qui se met en jeu au sein du sujet, de l'équipe de soin, du mouvement addictologique et de l'espace social, constitue ce que nous appelons le niveau « politique » de la démarche éthique et clinique de soutien de la relation de soin dans le champ des addictions.

La reconnaissance des tiers externes

Au cours de nos recherches, nous avons vu que cette reconnaissance est un point particulièrement délicat. Nous disons cependant qu'elle est un levier essentiel pour aider les soignants saisis par l'inquiétude paralysante. Elle peut leur permettre, par étayage, de retrouver des ressources tierces internes pour modifier la dynamique relationnelle et, par là, soutenir un soin de l'autre reconnu, et un souci de soi. L'intervention d'un professionnel extérieur au groupe et à l'institution, spécialisé dans les dynamiques groupales et l'action soignante, est un recours particulièrement adapté à la tâche de la reconnaissance des tiers externes. Une telle intervention, sous forme de supervision d'équipe ou d'analyse des pratiques, est fréquente dans les CARRUD, beaucoup moins dans les autres lieux de soins. Il nous semble qu'une généralisation de ces pratiques serait un moyen intéressant pour aider les

professionnels et les équipes à changer de position dans leurs relations avec les patients.

Le rôle du responsable d'équipe est évidemment important dans la mise en place de dispositifs tels que les supervisions d'équipe, mais il accompagne également le groupe des professionnels dans son « jeu » avec le tiers. Il doit permettre aux professionnels de se différencier au sein de l'équipe, et celle-ci doit pouvoir reconnaître ces différences et supporter leurs manifestations. Les prises de paroles doivent ainsi être possibles aux différents niveaux du groupe et l'équipe doit accepter les divergences et conflits qui peuvent se produire, se dégageant ainsi de l'illusion groupale. Les échanges entre professionnels doivent pouvoir prendre la forme de « disputes » au sens ancien du débat argumenté. Ce type de fonctionnement collectif nécessite évidemment un certain degré de confiance. Pour réduire l'envahissement par la défiance, il est également nécessaire, concrètement, de limiter la place des pratiques de défiance. Cela ne signifie pas qu'il faut refuser d'appliquer les techniques qui les supportent, comme les tests de recherche de toxiques, le contrats ou les portes fermées, mais qu'il faut en avoir un usage réfléchi, problématisé au regard de chacune des relations qui se tissent avec les patients. Nous pensons à ce propos que les effets délétères des pratiques de défiance sur la relation de soin et les patients, mais également sur les soignants eux-mêmes, est sous-estimée. Une autre manière de soutenir la tiercéité au sein de l'équipe est d'encourager la recherche personnelle et collective. Cela peut se faire dans des espaces de « bibliographie » où l'on travaille à partir d'articles ou d'ouvrages scientifiques ou en mettant en place des groupes de recherche impliquant l'ensemble des professionnels autour de pratiques transversales. Cela a été notre tentative au centre Boucebci. Enfin, il nous paraît également utile que l'équipe aménage des espaces différenciés où les soignants rencontrent des patients pour un soin dans une démarche créative. L'utilisation de la création et de médiations artistiques - le dessin, la peinture, l'écriture, le théâtre, la danse, la photo... - est un outil clinique précieux qui permet aux patients d'exprimer beaucoup d'indicible tout en étant en relation avec les soignants. Mais la fonction tierce que représente le médiateur est également bénéfique au professionnel qui trouve ici plus de jeu avec les patients et lui-même. En favorisant ce type d'espaces, le groupe et l'institution favorisent des expériences de « décentrage » qui donnent l'occasion aux

professionnels de se resituer au plan identitaire et ainsi de mieux percevoir l'altérité propre du patient.

À côté de ce jeu groupal et institutionnel qui fait de la place au tiers en son sein, groupe et institution doivent se montrer ouverts vers l' « extérieur ». La pensée de l'agir poïétique par Marc-Henry Soulet nous signale que l'action refondatrice et resubjectivante ne tient que si elle s'expose aux regards des tiers. C'est le second temps, social, de la resubjectivation. Il s'agit donc de présenter le travail et les relations avec les patients, au sein des équipes et à l'extérieur. Il existe de multiples manières de le faire : rencontres entre équipes, présentations aux patients, interventions en colloques, publications scientifiques, productions artistiques... Ce travail de « publicité » concerne le fonctionnement tel qu'il peut être appréhendé par un regard tiercéisé sur soi de l'équipe, une sorte de souci de soi à l'échelle du groupe. Notons qu'il est différent de la communication, au sens technocratique, qui a pour objet l'idéalité du fonctionnement, et des productions d'évaluation qui concernent uniquement la conformité du fonctionnement. Cette ouverture vers l'extérieur doit se compléter d'un accueil symbolique des représentants externes du tiers. Nous avons vu qu'un obstacle majeur à cet accueil était le caractère souvent persécuteur de ces derniers. Nous pouvons espérer que les efforts déjà produits pour réanimer le tiers interne au niveau individuel et groupal permettent de s'y risquer. Si cela n'était pas le cas, nous pourrions toujours nous souvenir de l'encouragement de Diego Gambetta à parier sur la confiance, celle-ci, même mal placée, ne pouvant jamais faire pire que la défiance. Il s'agit donc d'être prêt à reconnaître ses collègues des autres institutions comme des pairs, différents mais engagés dans la même préoccupation pour les patients et rencontrant les mêmes difficultés avec eux. Mais il s'agit aussi de pouvoir reconnaître les tutelles comme des partenaires et des porteurs d'autorité, ce qui n'implique évidemment pas le renoncement à une vigilance. De même, les familles des patients – quelles que soient leurs difficultés propres – doivent être accueillies comme des représentantes du tiers, et, au-delà d'elles, le champ social que les professionnels doivent pouvoir percevoir comme leur « méta-groupe ». Nous insistons ici sur le mouvement qui doit se produire à l'intérieur des sujets, des équipes et des institutions pour réinvestir le champ social, et s'en reconnaître acteurs en présence de tiers. Mais nous devons bien entendu tenir compte de la réalité qui est que ces différents représentants du tiers n'assurent

pas toujours leur rôle. L'engagement militant revendiqué par les soignants d'EthNaA prend ici sa place.

Le soutien à leur prise de fonction

L'engagement militant n'est donc pas à penser comme une résistance à une intrusion persécutive de l' « extérieur » mais comme une prise de place, une prise de position, des soignants dans l'espace social, et un encouragement des représentants externes du tiers à tenir leur place. Dans ce but, l'engagement militant des soignants dialogue et débat avec les autres positions présentes dans l'espace social. De fait, les prises de paroles publiques du mouvement addictologique ont déjà contribué à faire apparaître ces autres positions.

Le premier lieu de l'engagement, au-delà de l'institution, est le mouvement addictologique. Nous l'avons présenté dans notre première partie, et avons souligné certaines de ses caractéristiques. Porteur d'un projet important pour le soin et la société, et attendu par les soignants, il demeure incertain dans sa constitution. Il peine à fournir le cadre théorique, support de pensée clinique, dont ces derniers ont besoin. Une difficulté majeure à nos yeux est ce que nous avons appelé son « déni de filiation ». Par celui-ci, il paraît vouloir se poser comme une nouvelle création, dans un fantasme d'auto-engendrement. C'est à ce prix qu'il apaise les tensions et croit effacer les blessures des guerres intestines passées. Pour pouvoir jouer son rôle de cadre et de représentant du tiers dans les relations de soins du champ addictologique, il est nécessaire qu'il accepte d'ouvrir des espaces de discussion dans lesquels des professionnels seraient en mesure de redéfinir leurs héritages théoriques, de les approfondir et de les mettre en rapport. Il s'y produirait des débats, probablement parfois houleux, mais qui permettraient de progresser sur le plan théorique dans différentes directions et de repérer les zones d'accord et de différences, et de les utiliser dans le dispositif de soin. De tels espaces peuvent exister, mais il semble que la conflictualité soit encore trop effrayante pour que la discussion puisse porter sur des questions théoriques de fond. Il existe ainsi plusieurs points de tension centraux qui demeurent peu explicites : tensions entre objectifs des soins (abstinence, consommation contrôlée, réduction des risques), tensions entre intervention d'urgence et au long cours, tension entre enjeux disciplinaires (médecins généralistes, psychiatres, autres spécialistes), tension entre

réponse singulière au patient et intervention de santé publique... Le mouvement addictologique tend à effacer ces tensions en soutenant que chaque position doit être investie de manière équivalente. Il est certain que la diversité des patients et de leurs difficultés nécessite une diversité et une complémentarité d'approches, mais il existe de vraies contradictions entre positions, comme nous avons tenté de le montrer en faisant ressortir le contenu de paradigmes théorico-pratiques sous-jacents à l'action soignante. Nous avons vu également qu'il existe des figures normatives représentées dans les positions des soignants, et que les normes hygiénistes, romantiques et d'autonomie dépendante soutiennent des postures de soin qui entrent, régulièrement mais silencieusement, en conflit. Il apparaît donc que le mouvement addictologique serait plus à même de soutenir les efforts de soignants s'il parvenait à mettre en discussion ces points de tension et à reconnaître ses différents héritages. La place des différentes approches du soin se définit inmanquablement selon des enjeux de pouvoir et de pragmatique publique, mais il est essentiel de ne pas leur donner trop de poids par rapport aux contenus théorico-cliniques et leur adaptation à la problématique addictive. De même il est important que puisse se poursuivre la réflexion sur les objectifs du soin en addictologie, et ce en lien avec les pouvoirs publics et l'espace social plus large. Précisons ici que notre propos n'est pas de proposer une « réforme » du mouvement addictologique, mais simplement de mettre en discussion des points qui sont apparus problématiques au cours de nos recherches.

Le second lieu de l'engagement militant est le pouvoir public. Les professionnels militent pour que le mouvement addictologique y soit reconnu. Ces efforts portent leurs fruits et nous pouvons souligner l'influence croissante du mouvement dans les décisions politiques. Toutefois, les pouvoirs publics se préoccupent avant tout de questions de santé publique et d'ordre public dans lesquelles le soin est peu pris en compte. C'est une tendance « naturelle » et logique de leur part, mais il nous semble qu'une responsabilité du mouvement addictologique est de défendre la place du soin et son sens dans les politiques publiques et leur traduction en dispositifs. Sur ce point, il serait problématique que la RdR, pour fondamentale et essentielle qu'elle soit, devienne le cœur de l'action thérapeutique. Il nous apparaît également important que les dispositifs prévoient des moyens permettant aux institutions d'aménager des espaces de « souci de soi » pour les soignants. Il s'agit

pour nous avant tout d'espaces de supervision, mais nous pourrions penser à des « groupes Balint » pour les soignants, des ateliers culturels, des séminaires de recherche... Une autre façon de soutenir la prise de fonction de tiers des pouvoirs publics serait de leurs suggérer de ne pas encourager les pratiques de défiance dans les institutions.

Enfin, militer pour soutenir un mouvement addictologique en évolution se joue dans un troisième lieu, celui de l'espace social. Les soignants espèrent que les représentations sociales péjoratives qui pèsent sur les patients addicts et sur le soin finiront par reculer. Pour l'heure, l'« outil » principal de modification du regard social est la diffusion de la représentation de l'addiction comme une maladie. Celle-ci est probablement « à double tranchant » puisqu'elle dédouane le patient de la responsabilité de ses conduites mais en fait un malade. Or cette condition, dans notre société, ne protège pas de la stigmatisation.

Comme les soignants, nous voyons, au fur et à mesure de notre éloignement de l'espace délimité de l'institution, les difficultés s'accumuler. Mais le sens de l'acte militant que nous soutenons ici ne réside pas dans un but de transformation des politiques publiques et du regard social. Il risquerait de passer pour idéaliste et naïf. Son sens nous apparaît plutôt dans la démarche même de l'engagement social. En se reconnaissant acteur social, et pas uniquement soignant de son institution, le professionnel se replace dans un maillage relationnel où les représentants externes du tiers sont présents et requalifiés. Il lui sera alors possible, au besoin, de laisser sa fonction tierce intériorisée s'appuyer sur eux pour l'aider à modifier la dynamique de la relation de soin. Si, de surcroît, ses prises de positions militantes provoquent en retour des mouvements distancés mais bienveillants des pouvoirs publics et de la société, le bénéfice pour le soin en sera accru.

Notre position éthique ne fait que prolonger le premier mouvement des soignants d'EthNaA en vue d'un changement de dynamique de la relation. Nous l'avons poussée plus loin en insistant sur la nécessaire perspective transformatrice de soi de l'action sur le sujet, au service d'une restauration de la fonction tierce intériorisée mise en capacité de s'étayer sur des représentants externes du tiers reconnus. La visée d'un tel mouvement est de rencontrer l'autre-patient en tant que sujet propre.

La reconnaissance de l'autre addicté

Le souci de soi et l'accueil du tiers doivent permettre au soignant de se dégager de l'inquiétude paralysante qui l'a saisi lors de sa rencontre avec le patient. Le clivage qui a habité le professionnel, déterminant ses représentations bipolarisées des patients, peut se résoudre. Moins inquieté par l'autre en lui-même, il retrouve une meilleure intégration de son fonctionnement psychique et se sent, au plan identitaire, plus unifié et moins menacé. Le cercle sartrien se modifie, et le soignant n'opère plus de projections haineuses sur l'autre, et cesse ainsi de ressentir de la honte. Le patient peut alors réapparaître en tant que sujet. Ni héros, ni monstre il redevient un « anormal normal », un autre souffrant, différent mais proche, ni trop, ni trop peu. Face à ce patient retrouvé, étrange mais en attente, le soignant peut mettre en œuvre son savoir-faire, mais surtout s'engager dans la relation. Il le fait alors en connaissance de cause et en ayant conscience d'endosser la responsabilité et le risque d'investir le lien avant que le patient en regagne la capacité. Comme nous l'avons vu au niveau topographique, c'est effectivement dans cet engagement résolu et amoureux au sens de Jankélévitch que le soignant peut permettre au patient d'expérimenter un lien sécurisant et bénéfique, support de changement existentiel. Le soin-amour tel que nous pouvons le penser en nous appuyant sur les conceptions de Jankélévitch est un mouvement vers l'autre, en tant qu'autre sujet. Il est, pour le philosophe, le mouvement proprement éthique. Il conduit le sujet à se tourner radicalement vers l'autre dans un renoncement à soi, jusqu'au sacrifice. Cette proposition aurait de quoi nous inquiéter si Jankélévitch ne précisait pas que cette formulation recèle une contradiction : il est nécessaire mais impossible de se consumer dans l'amour de l'autre. Pour aimer, il faut survivre. Pour se sacrifier, il faut se retenir, et cette retenue ultime constitue l'essence-même du sacrifice. Le concept d'organe-obstacle nous a aidé à penser la double propriété de l'inquiétude : parce qu'elle paralyse, elle relance. Jankélévitch applique cette idée à l'égo qui devrait disparaître pour réaliser la visée de l'amour, mais lui résiste et s'oppose. Parce qu'il s'oppose à l'amour, il provoque le mouvement d'extériorité qui le rend possible. Il devient possible de prendre soin de soi, et cela devient même nécessaire pour pouvoir aimer l'autre. Il s'agit bien ici du soin de soi et non du souci de soi, qui, comme nous le savons, se situe dans une autre perspective. Mais ce qui nous apparaît précieux dans cette pensée est qu'elle réconcilie élan profond vers l'autre

et maintien de soi. C'est une éthique altruiste exigeante mais tolérante pour l'égo. En cela, elle semble bien indiquée pour nous, soignants inquiets mais désireux de s'engager.

2.2. Vers une relation autrement inquiète

Dans cette nouvelle perspective, nous pouvons maintenant penser une relation de soin dont l'inquiétude portée par le soignant change de nature. Cette relation est animée par une nouvelle dialectique et devient plus souple et changeante dans le temps.

La vulnérabilité humaine du soignant

Les soignants d'EthNaA se sont montrés vulnérables. Se retrouvant fréquemment fragilisés dans leur identité, ils connaissent des moments d'exaltation et d'effondrement dans leurs relations avec les patients. Ils peuvent avoir du plaisir dans le soin quand ils parviennent à s'extraire des dynamiques problématiques de la relation, mais sont souvent envahis par l'inquiétude paralysante et la lassitude. Certains disent qu'ils ont « une durée de vie limitée ». Le soin des addictions se révèle particulièrement éprouvant pour les professionnels. Nos données de recherche le soulignent et les études statistiques sur le *burnout* et le *turnover* tendent à les confirmer⁴⁷⁶. Cependant, la difficulté de l'exercice soignant n'est pas propre au champ des addictions, et nous avons déjà souligné la vulnérabilité singulière des professionnels du soin, notamment au sujet des motivations des individus à s'engager dans ces métiers. L'exercice du soin, quel que soit son domaine de spécialisation, est éprouvant. Ce sont les fantasmes sollicités et leurs modalités collectives de « traitement » qui diffèrent selon les spécialités. Jung a proposé la notion de « soignant blessé » et nous l'avons reprise pour souligner la fragilité subjective propre aux professionnels. Mais elle permet également de penser que cette vulnérabilité est précisément ce qui permet au soignant de prendre

⁴⁷⁶ Il faut toutefois lire ces dernières avec prudence. Elles ont été réalisées par la plupart aux Etats-Unis où le contexte socio-culturel diffère du nôtre, notamment pour ce qui concerne la stigmatisation sociale et l'intégration des soins « addictologiques » au système de santé. Celles-ci paraissent plus défavorables aux addicts, comme aux soignants, qu'en France.

soin du patient. Lorsque le sujet n'est pas emporté dans le mouvement circulaire de l'inquiétude paralysante, qu'il peut se soucier de lui-même et accueillir la fonction du tiers dans ses rapports avec les patients, sa vulnérabilité entre dans la catégorie des organes-obstacles et devient le point d'appui d'un mouvement vers l'autre. L'inquiétude paralysante devient également mobilisante. La vulnérabilité du soignant se fait sensibilité, c'est-à-dire capacité à se laisser affecter par le patient et son expérience. La vulnérabilité peut se révéler au sujet comme la manifestation de la présence de l'étranger en soi, et ce nouveau rapport à soi fonde un nouveau rapport à l'autre. Le patient peut alors être rencontré dans sa différence, sans que celle-ci soit une distance extrême. Cette différence, aussi étrange soit-elle, est familière au soignant.

Nous pouvons donc penser cette vulnérabilité comme un outil du soin. Mais il nous semble qu'elle doit également être entendue au premier degré. Le soignant est un humain vulnérable. Cette réalité est probablement difficile à reconnaître pour les professionnels, les patients et, plus généralement, le corps social. Elle est volontiers masquée par des représentations de force morale, de sécurité émotionnelle et de professionnalisme. Elles ont certainement pour fonction de contenir la vulnérabilité des soignants et de soutenir l'idée que le soin de la souffrance est possible. C'est sans doute un objectif essentiel en société humaine, mais le risque est que, dans un mouvement d'idéalisation sociale, la fragilité des soignants ne soit pas reconnue. Les représentations sociales sur les soignants sont justes, mais elles ne doivent pas leur donner un statut d'exception qui, sous prétexte de les honorer, leur interdirait toute faillibilité. Leur décision de s'engager dans une profession du soin leur impose d'assumer une lourde responsabilité vis-à-vis de l'autre souffrant. Le groupe social est donc en droit d'exiger d'eux un engagement éthique et clinique majeur. Mais cette exigence ne nous paraît légitime que si elle s'accompagne de la reconnaissance de l'humanité faillible du soignant. Il nous faut donc rechercher, pour les soignants, des positions éthiques tournées vers un impératif absolu de reconnaissance de l'autre-sujet et de sa souffrance, mais qui laisse une place à la défaillance humaine. Par l'affirmation de la visée d'une fin absolue pour le soin, nous voulons nous démarquer de discours éthiques relativistes ou minimalistes. L'autre est la fin absolue du soin. Mais il existe, dans le mouvement du soin, des fins intermédiaires qui ne le sont pas. Certaines rapprochent le soignant du patient,

d'autres l'en éloignent, mais elles ne prennent une valeur morale que dans leurs rapports mutuels, et la capacité de ceux-ci à s'orienter vers la fin du soin. La confiance n'aurait plus ici le statut absolu qui lui est souvent accordé. Nous pouvons alors la penser, de même que la défiance, comme des fins intermédiaires dans la relation de soin. Mais avant de voir comment elles peuvent s'articuler, il nous faut nous demander dans quel état émotionnel le soignant va pouvoir accueillir le patient.

L'inquiétude « organe-obstacle »

Nous avons vu que l'inquiétude qui occupait le soignant dans la relation inquiète était représentée essentiellement par sa face paralysante. Induisant la défiance stable et conduisant à des attitudes négatives à l'égard des patients, elle altère les conditions éthiques et cliniques de la relation. Mais par une intervention sur soi et un accueil du tiers, nous pensons que le soignant peut vivre l'inquiétude d'une autre manière. Les moments de quiétude sont rares dans le soin, et, si l'on suit Paul Ricœur, sans doute ne sont-ils pas éthiquement souhaitables. La quiétude se vit seul, sans l'autre. Mais nous venons de reconnaître aux soignants leur droit à la faillibilité, et ces moments sont nécessaires pour qu'ils puissent « souffler ». Mais l'inquiétude s'est révélée comme organe-obstacle. Ces deux visages, paralysant et mobilisant, sont en contact. L'inquiétude paralysante appelle la mobilisation inquiète. Et l'élancement figure pour nous l'expérience de l'inquiétude-organe-obstacle. Lorsque les soignants reviennent auprès des patients, ils retrouvent l'inquiétude, mais cette fois plus complexe. Ils peuvent ressentir l'élancement de l'inquiétude, l'aiguillon qui les pousse en avant, crée le déséquilibre. L'inquiétude n'est plus alors paralysie, mais mouvement. Le soignant ne savait pas comment se placer face à l'attente du patient. Maintenant, il est contraint, par l'inquiétude, à faire un pas. C'est un premier pas et, en tant que tel, c'est déjà un pas en plus, un pas qui marque l'engagement, avant l'autre. Mais c'est aussi un pas de plus par rapport à celui dont on se sent capable. Faire le premier pas, c'est s'engager au-delà de ce qu'il nous paraît possible d'engager. C'est ce pas de plus qui nous semble pouvoir entraîner une nouvelle dynamique relationnelle.

La défiance et la confiance

Au cours de nos premières recherches⁴⁷⁷, nous avons exploré différents discours issus des champs philosophiques et sociologique. Nous en étions sortis avec l'idée que la confiance était le climat relationnel à établir quoiqu'il en coûte. Elle prenait valeur pour nous d'impératif absolu. Autour des pensées de Paul Ricœur et Hannah Arendt, nous avons toutefois entrevu la nécessité de gestes de déliaison de la parole donnée, par le pardon et l'oubli. Il était devenu alors pensable pour nous que la confiance connaisse des périodes de suspension, de vacance. Nous pensons aujourd'hui, après nos rencontres avec les professionnels autour de l'étude EthNaA et notre travail sur nos propres expériences avec les patients, que nous pouvons aller plus loin. Il s'agit d'envisager la défiance comme une fin intermédiaire pouvant acquérir une valeur morale positive dans les rapports qu'elle entretient avec la confiance.

En tout état de cause, nous revendiquons une recherche éthique fondée sur la réalité des pratiques et des éprouvés des soignants. Il nous faut donc bien voir que la défiance occupe une place importante dans la relation avec les patients. Elle est certes un frein au développement de la relation vers un soin qui ne peut se passer de confiance. Mais elle entre également dans la logique de l'organe-obstacle, et nous avons vu au travers des discours des soignants qu'elle pouvait jouer le rôle d'un tremplin propulsant professionnel comme patient vers un soin plus confiant. Mais certains discours sont allés plus loin en soulignant une capacité thérapeutique de la défiance. Nous sommes nous-même restés perplexes face à l'investissement fort de Monsieur A dans une relation avec nous, alors que nous manifestions à son égard la plus grande défiance.

Nous sommes donc enclin à penser que la défiance est un éprouvé très fréquent, si ce n'est constant, dans le premier temps de la rencontre avec les patients addictés ; mais également que cette défiance initiale peut contribuer à construire les conditions de la relation de soin. Cette proposition est évidemment dérangeante. La défiance du soignant fait violence au patient. Comment penser qu'une violence dans le soin puisse prendre une valeur morale positive ? Dans le registre de la

⁴⁷⁷ Reyre, « Le doute sur la parole du toxicomane : comment soigner malgré tout ? », op.cit.

philosophie morale, des auteurs comme Jean-François Malherbe⁴⁷⁸ peuvent envisager des capacités constructrices à certaines violences, dans le cadre éducatif par exemple. Mais pour le soin, c'est Piera Aulagnier⁴⁷⁹ qui peut nous aider à penser une fonction structurante à la violence. Dans le cadre de sa pensée du développement du psychisme de l'enfant dans la relation avec sa mère, elle distingue violence primaire et violence secondaire. La seconde est celle que nous concevons classiquement : attaque de l'autre, et en premier lieu de sa différence. Elle n'est évidemment d'aucune aide pour le soin. En revanche, la première est nécessaire. Elle s'opère au travers de la mère, de ses attitudes à l'égard de l'enfant et du langage qu'elle porte. L'enfant la subit en se trouvant inscrit, avant qu'il en ait le désir, dans une histoire et un langage préexistant. Par cette violence, il est extrait de sa position initiale dominée par le principe de plaisir et le fantasme d'autosuffisance. Et cet arrachement est la condition *sine qua non* de la structuration d'une pensée propre. Mais la mère n'est pas seulement une vectrice passive de cette violence primaire, elle l'agit également parce qu'elle se méfie de l'émergence d'une pensée autonome chez son enfant, et de la différence qu'il va marquer. Dans ce temps originaire, c'est également la peur de l'altérité qui engendre un mouvement de défiance chez la mère, porteur d'une violence primaire structurante pour l'enfant. Nous pouvons maintenant penser selon ce modèle un rôle positif de la défiance pour le soin du patient et l'établissement de la relation. Le mouvement de défiance initial des soignants pourrait ainsi signifier au patient sa différence, en lui attribuant, avant qu'il en ait le désir comme nous l'avons vu, cette identité et en l'inscrivant dans le discours du soin. Cette violence primaire serait la condition pour que le patient se reconnaisse comme tel, et qu'il se sente la liberté d'engager secondairement des liens avec le soignant. Il nous semble, par exemple, que c'est ce qui s'est passé dans notre rencontre avec Monsieur A. Bien entendu, il existe un risque que cette violence primaire évolue en violence secondaire, et que celle-ci vienne annuler les effets structurant de la première. Ici le rôle du tiers, sur lequel nous avons déjà beaucoup insisté, est primordial pour limiter l'action de la défiance au temps initial de la rencontre.

⁴⁷⁸ Jean-François Malherbe, *Les ruses de la violence dans les arts du soin* (Montréal: Liber, 2003).

⁴⁷⁹ Aulagnier, *La violence de l'interprétation*. op.cit.

Le « jeu » des soignants avec cette violence primaire est sans doute périlleux. Mais il semble qu'ils ne puissent pas s'y soustraire. Savoir quand la faire cesser n'est pas évident et dépend de chaque relation. Mais il serait précieux qu'ils puissent également concevoir leurs mouvements initiaux de défiance comme des premiers gestes de soin, et non comme des attaques coupables des patients.

C'est secondairement, plus ou moins rapidement, que la défiance doit reculer pour laisser la confiance investir la relation. Elle offre alors au soignant et au patient un climat de « stabilité instable » pour reprendre les termes de Soulet. Celui-ci permet à chacun de s'appuyer sur la parole de l'autre, sans que celle-ci soit investie de la valeur d'une vérité absolue. Comme nous allons le revoir, les manquements à la parole sont possibles, et ils peuvent induire un retour de la défiance. Mais celui-ci est partiel et provisoire et ne remet pas en cause le climat général de confiance. Il n'est pas exclu que dans le cours des relations avec les patients, des actes graves soient posés, et qu'ils altèrent profondément la confiance dans la relation. Dans ce cas, des ruptures de lien peuvent survenir, mais un travail du soin favorable pourra permettre, après un intervalle plus ou moins long, ou dans un autre lieu, d'avoir recours à nouveau à l'exercice d'une violence primaire structurante. Nous voyons encore ici les différents jeux de liaison et de déliaison qu'abrite la relation de soin.

La dialectique liaison-déliaison

Pour accompagner les soignants dans le soin des patients addictés, nous avons cherché des éthiques à la fois exigeantes et tolérantes. Nous les avons trouvées dans les pensées de Jankélévitch – qui permet de voir le soignant comme un sujet de l'« alternative », mais aussi de Ricœur et Arendt. Ces derniers nous donnent la possibilité d'envisager les dialectiques qui unissent la liaison forte du sujet soignant par la responsabilité et sa déliaison.

Ainsi, nous avons vu que pour Ricœur, la promesse est un geste d'attestation de soi comme d'engagement auprès de l'autre. C'est elle qui soutient la confiance, elle qui permet de pallier l'imprévisibilité de la relation. Les soignants d'EthNaA ont reconnu cette promesse faite aux patients dans leur présence régulière et dans leurs propositions de soin. Mais Ricœur insiste sur le fait qu'une limite doit exister dans la valeur donnée aux promesses. Un excès de promesse et de fiabilité conduit

effectivement à une glorification de soi, un retour sur soi qui perd l'autre de vue. Dans notre perspective, il coïnciderait avec une réactivation de l'investissement narcissique du soignant et viendrait nourrir la circularité problématique des rapports aux patients. L'excès de promesse correspond, dans le contexte de la relation de soin qui nous intéresse, à une position soignante totalement « positive », affirmative, sûre d'elle. Les professionnels l'occupent quand ils se vivent comme des gens d'exception, des gens qui « tiennent » malgré tout. Dans ces postures, effectivement, le soignant voit essentiellement sa propre qualité, celle du patient étant alors confondue avec la sienne. Nous avons vu quelle place ces postures prennent dans le cercle des attitudes sartriennes. Ce sont également elles qui précèdent le retournement dans des représentations catastrophiques confondues de soi et de l'autre, dans le sentiment de honte. Le « trop promettre » est donc une pathologie de la relation qui inquiète Ricœur et nécessite une limitation. Nous retrouvons une même préoccupation d'Arendt face à l'excès de promesse, mais cette fois au niveau collectif. La faiblesse humaine, ici la vulnérabilité des soignants, nécessite d'être reconnue parce qu'elle pose des difficultés importantes à la possibilité de vivre ensemble, mais également parce qu'elle est précisément la raison de nos efforts pour vivre ensemble. Si nous étions des sujets de fiabilité absolue, dit Arendt, nous n'aurions pas besoin de compter le uns sur les autres. La question de la liaison réciproque par la promesse et de la déliaison, rendue nécessaire par la faillibilité de chacun, est donc de nature politique. Pour Arendt, les seuls systèmes véritablement « fiables », où la promesse n'est pas nécessaire, sont les régimes totalitaires. La démocratie, en revanche, reconnaît la faillibilité humaine et s'organise en « îlots de prévisibilité ». Ces îlots sont des lieux où les engagements réciproques sont médiés et sécurisés par la loi. En dehors, les relations peuvent être un peu moins prévisibles et sont vécues dans une dialectique de liaison et déliaison.

Nous avons vu que, pour nos auteurs, la liaison s'opère par la promesse. C'est un type de liaison sérieux, majeur, parfois trop lourd, mais qui a une valeur foncièrement positive : elle est un engagement actif, vivant et qui projette les protagonistes dans l'avenir de leurs relations. Il existe une autre sorte de liaison, la mémoire. Elle est essentielle pour éviter au sujet d'être aveugle dans ses engagements. Elle lie de manière très forte et peut être problématique parce qu'elle

est un lien passif qui ancre la relation dans le passé. Mémoire et promesse sont indispensables, mais elles doivent avoir leurs pendants capables de délier les sujets de leurs engagements. Il s'agit de l'oubli et du pardon. Oubli et pardon sont notablement absents du discours des soignants d'EthNaA. Et les liens opérés par la promesse et la mémoire apparaissent rigides et envahissants. Secondairement, la nécessité de délier les patients de leurs engagements – dont les soignants refusent d'être la cause – émerge des discours, mais n'est pas caractérisée. Penser ici la possibilité d'une déliaison dans les relations avec les patients nous paraît donc être essentiel si nous voulons modifier la dynamique relationnelle problématique. Dans nos réflexions précédentes, cette dialectique liaison-déliaison, a pris une place importante dans notre approche de l'organisation institutionnelle. Nous avons dit que la mise en place d' « îlots de prévisibilité » pour patients et soignants était nécessaire et qu'il fallait laisser des espaces intra-institutionnels de moindre prévisibilité. Il avait été plus difficile pour nous de la situer dans la relation interindividuelle. Nous pouvons maintenant voir qu'elle est le moteur, nourri par l'inquiétude organe-obstacle, qui sous-tend le climat complexe de confiance défiante de la relation, et entraîne cette dernière dans une nouvelle dynamique.

L'autre circularité

Nous avons présenté les modalités de lien en jeu dans la relation de soin en addictologie sous la forme d'un cercle. Les discours de soignants ayant participé à l'étude EthNaA nous ont semblé en effet décrire des alternances entre tentatives de contrôle et de rejet de l'investissement affectif des patients, et entre mouvement de haine et d'amour, sans que ces derniers ne parviennent véritablement à modifier la circularité des rapports avec les patients. C'est alors Sartre qui nous a aidé à saisir cette dynamique singulière qui se nourrit des replis du soignant et du patient sur des positions régies par des modalités de fonctionnement psychique dominées par la recherche de satisfaction et d'apaisement immédiats, et l'indifférenciation à l'autre. Les différentes attitudes des soignants à l'égard des patients sont alors enfermées dans ce cercle très cohérent, dont la seule modalité de sortie est la rupture relationnelle. Face à cette situation très problématique pour la qualité éthique et clinique de la relation de soin, nous avons vu les professionnels tenter de s'en

dégager. Il nous a semblé qu'ils voulaient pour cela agir sur eux-mêmes et sur la fonction tierce, mais qu'ils s'arrêtaient en chemin. Quelque peu perplexes, ils ne pouvaient alors voir, comme alternative à la circularité problématique, qu'une solution éthique en forme d'idéal. Sur le modèle de la trajectoire rectiligne et infinie de la particule éjectée de l'atome, la relation de soin s'arrachant de la circularité « sartrienne » s'élançait vers un horizon d'amour transcendant : « donner sans rien attendre en retour ». L'abnégation devenait alors l'idéal de l'attitude soignante, le sacrifice de soi pour l'autre souffrant étant l'espoir d'une quiétude retrouvée. Mais de nombreux professionnels sont restés perplexes face à cette alternative, et se sont interrogés sur un « entre-deux », un lieu « gris » où la confiance, indispensable au soin peut être investie sans avoir de caractère absolu, et où la relation peut avoir d'autres destins que l'extase ou la rupture. Mais ce lieu recherché est resté introuvable.

Il nous semble que, nous rapprochant du terme de nos recherches, nous l'avons localisé. Il ne nous est pas garanti de pouvoir y poser le pied à chacune de nos rencontres avec les patients, mais nous en connaissons mieux la géographie. Il est un lieu d'accueil pour le patient – et pour le soignant – si le professionnel, soucieux de lui-même et soutenu par le tiers, peut éprouver une inquiétude-organe-obstacle qui lui fera faire le « pas de plus ». La rencontre pourra alors se faire dans un climat de défiance initiale qui n'aura vocation qu'à différencier les sujets en contact. Cette défiance laissera alors rapidement la place à une confiance stable mais déformable, pouvant s'articuler avec la défiance dans un jeu sous-tendu par la dialectique liaison-déliaison.

Une autre dynamique des rapports entre soignant et patient dans la relation est alors envisageable. Nous avons souligné que nous ne pensions pas légitime, face à l'expérience des soignants dans la relation de soin en addictologie, une proposition éthique qui ne reconnaîtrait pas la faillibilité humaine des professionnels. De plus, l'abnégation ne nous est pas apparue comme une position raisonnable face à des patients qui sont en attente d'un engagement résolu mais mesuré, et qui ont besoin que l'autre-soignant résiste au désir de fusionner avec eux ou de se consumer dans l'idée d'un amour sacré pour eux. Jankélévitch nous a présenté une conception de l'amour que nous pensons propre à servir de support à une relation de soin différente. Cet amour préserve l'amant. Celui-ci ne reste pas bloqué en lui-même,

terrorisé, comme chez Sartre, ni ne s'efface dans la substitution comme le propose Lévinas. Son sacrifice ultime dans l'amour est précisément de ne pas s'y abîmer. Il a le droit, mais le devoir également, d'être égoïste. La jouissance ne lui est pas interdite, la négligence non plus, du moment qu'il se souvient qu'il aime et qu'il retourne à son objet d'amour. Dans ce souvenir réside le fond de sa responsabilité. Le sujet soignant peut alors penser qu'il peut aimer, s'engager dans la relation avec un patient, et que cet amour est le sens et la fin de cette relation, sans que cela signifie son anéantissement propre. Il peut alors également ressentir par moment de la haine pour le patient qui vient l'inquiéter, sans que celle-ci ne remette en cause l'amour. Et haine et amour se relient dans une dialectique nouvelle. La nouvelle dynamique que nous proposons ne suit donc pas une trajectoire centrifuge, s'arrachant à l'attraction de l'égo pour rejoindre l'absolu d'un amour transcendantal. Elle conserve « médiocrement » une forme globalement circulaire. Mais elle est toutefois d'une nature différente du cercle sartrien. Ce qui produit cette mutation est l'engagement du soignant dans une transformation subjective, et l'intervention du tiers. La trajectoire des attitudes du soignant tournait autour d'un noyau narcissique agrégeant de manière indifférenciée les investissements du professionnel et du patient. Elle prend maintenant un chemin plus sinueux, subissant l'attraction moindre de deux noyaux nouvellement différenciés. De plus, là où le cercle pouvait se reproduire à l'infini, chacune de ces nouvelles trajectoires, globalement circulaires, est unique. Dans les relations de soin que ces dynamiques permettent, les liens entre soignants et patients sont solides mais souples. Ils supportent des émergences de haine, des mouvements d'emprise, des tentatives de lâchage, sans remettre en cause l'amour comme sens et fin de la relation de soin.

Il nous reste, à ce stade, une difficulté à envisager : celle de l'issue d'une telle relation. Les objectifs « classiques » du soin en addictologie sont la RdR, la diminution des consommations et l'abstinence. Chacun de ces objectifs peut être pertinent, selon les patients, leurs demandes et leur situation, et selon le moment de leur accompagnement. Mais tous ces objectifs sont pour nous subordonnés à l'établissement d'une relation de soin dont nous disons que le sens et la fin sont l'amour. Bien que nous puissions, nous soignants, avoir parfois le fantasme que les patients addicts ne « s'en sortent jamais », la relation doit pouvoir amener patient et professionnel à vivre la séparation. Quels que soient les objectifs poursuivis, ils

ne seront un succès réel pour le patient que lorsque cette séparation aura pu avoir lieu. Nous savons que, dans la réalité, certaines séparations ne sont pas possibles. Mais l'engagement du soignant dans la relation ne peut pas ignorer son importance. Dire que l'amour est le sens et la fin de la relation de soin semble précisément en contradiction avec cette dernière affirmation. Comment l'amour, placé comme valeur absolue du soin, peut-il penser sa fin ? Mais la séparation n'est pas le fossoyeur de l'amour. Elle n'est pas la rupture. Pour paraphraser Jankélévitch, nous dirions que « aimer jusqu'à un certain point, mais pas au-delà est encore de l'amour ». Ainsi, il peut continuer à exister tout en déliant soignants et patients de leurs engagements réciproques. La nouvelle circularité sinueuse des attitudes du professionnel à l'égard du patient peut donc s'ouvrir et permettre la séparation de deux sujets restaurés.

Avant la discussion, quelques limites

Au terme de ce travail, un certain nombre de limites nous apparaissent. Nous ne reprendrons pas celles qui concernent la méthodologie de notre étude et l'analyse de ses résultats. Elles ont été présentées en fin de seconde partie. Nous discuterons ici nos réflexions des trois dernières parties.

Un premier étonnement peut venir de la place limitée d'un discours sur les patients dans le cadre d'une réflexion sur la relation de soin. Nous avons pris le soin de préciser notre position dans notre introduction, mais peut-être nous faut-il à l'issue de ce parcours, la rediscuter. Nos propositions apparaissent sans doute comme celles d'un soignant à d'autres soignants avec une visée de mieux-être dans leurs relations avec les patients. Toutefois, nous ne souhaitons pas que ce travail soit rattaché essentiellement au corpus de réflexion sur la souffrance au travail et l'« ergonomie ». Nous avons certes un souci de rendre notre position soignante moins inconfortable, et même d'y favoriser les éprouvés de plaisir. Mais nous avons pris le soin de ne jamais détacher cette préoccupation pour le soignant des enjeux cliniques pour le patient. Nous nous sommes attaché, dans nos recherches théoriques, à nous appuyer sur des pensées du lien entre attention à soi et inquiétude pour l'autre. Ainsi, lorsque nous nous appuyions fortement sur la notion

de *souci de soi* pour penser une dynamique plus mobile de la relation – position éthique qui recèle un risque certain de dérive philautique, nous insistons sur sa visée d'un engagement responsable auprès de l'autre et sa dépendance à l'intervention du tiers. C'est cette préoccupation constante de souligner le lien entre inquiétude pour soi et inquiétude pour l'autre qui nous a amené à travailler sur le sentiment d'amour dans la relation, Jankélévitch venant nous en présenter le modèle. Au-delà de notre première partie, nous ne sommes pas revenu sur ce que les patients vivent dans leurs conduites addictives et dans leurs rencontres avec les soignants. Peut-être pourrions-nous donner le sentiment de ne pas être « inquiet » de leur expérience dans le soin. Il nous semble toutefois que nous avons montré notre préoccupation particulière au travers de nos présentations de relations de soin nous engageant avec les patients. De plus, en décrivant la circularité des attitudes des soignants à l'égard des patients sur le modèle des rapports à l'autre de Jean-Paul Sartre, nous avons voulu montrer que patient et soignant se trouvaient indistinctement emportés dans une relation éreintante et peu efficace, sans que cela n'allège la responsabilité du soignant. Cette circularité autour d'une position subjective régressée, dominée par la recherche de satisfaction et l'épreuve du manque, correspond bien à la représentation que nous nous faisons de ce que vivent les patients dans leurs liens avec les soignants. Ces liens sont souvent pour eux persécuteurs, envahissants, et provoquent des projections haineuses et des passages à l'acte sur eux-mêmes ou l'extérieur. Ainsi, nous avons fait le choix de nous concentrer sur l'expérience des soignants dans le soin des addictions en considérant la « prime » de responsabilité qui leur incombe dans la rencontre. Nous pensons être parvenu, dans cette recherche, à ne pas cesser de percevoir notre inquiétude pour les patients. Mais, après nous être trouvé en position de proposer un certain type d'engagement auprès des patients, nous sentons la nécessité de nous tourner vers les patients pour leur demander comment ils peuvent accueillir cet engagement. Cela nous oriente vers des perspectives de recherche nouvelles.

En second lieu, il nous faut revenir sur la place que nous avons réservée à notre propre expérience subjective. Il nous apparaît que deux critiques principales peuvent émerger face à ce choix. L'une est de nature épistémologique, l'autre, éthique. La première pourrait considérer qu'une telle expression subjective n'est pas pertinente dans un travail aux ambitions scientifiques. S'appuyer sur une

observation de soi pour penser un phénomène relève d'une approche foncièrement inductive de la recherche. Nous en connaissons les limites, et la faible reconnaissance de ses capacités heuristiques dans le paysage de la science contemporaine. Pourtant, dans le cadre d'une réflexion éthique sur un soin dans lequel nous sommes engagé, il ne nous paraît pas légitime de ne pas nous y impliquer personnellement. Nos travaux « exposent » des éprouvés douloureux et montrent des attitudes inquiétantes des soignants. Nous ne pouvions pas, de notre place, imaginer soumettre les professionnels d'EthNaA à ce regard, sans nous-même prendre le risque de l'introspection. Mais, plus encore, ce choix méthodologique est seul propre à nous procurer le degré de précision, dans la caractérisation de l'expérience de la relation de soin, pour pouvoir dégager une problématique éthique complexe et nous engager dans des voies de réflexions. La question de la généralisation de ces analyses demeure ouverte, mais nous y reviendrons plus loin. La seconde critique que nous anticipons est donc de nature éthique. Le poids que nous donnons à notre propre expérience et la place de pivot qu'elle a dans le présent travail peut donner le sentiment d'un excès d'attestation de soi, faisant passer au second plan l'expérience des autres professionnels. Un tel excès ruinerait notre légitimité à tenir un discours sur la relation de soin puisqu'il repousserait la question de la rencontre avec l'autre-patient derrière une inflation subjective. Nous avons donc dû trouver un positionnement subjectif dans ce travail qui ne cède ni à la tentation masochique de nous exhiber dans une médiocrité honteuse, ni à celle de nous présenter comme « sauveur » pour les soignants et les patients. Nous espérons y être parvenu. Dans le présent travail, c'est notre expérience personnelle qui nous permet de dépasser une première théorie du soin, qui s'appuie sur les discours des professionnels dans l'étude EthNaA, pour en proposer une seconde qui ouvre sur de nouvelles pistes de réflexions éthiques. Nous justifions cette place centrale par la nécessité de poursuivre le plus loin possible l'analyse de l'expérience soignante dans la relation. Sans elle, nous n'aurions pas pu atteindre le même degré de perception de l'expérience aux niveaux fantasmatique et affectif. Plus encore, reconnaissant au soignant la responsabilité du « premier pas », il nous fallait nous positionner en première personne. Ainsi, nous pensons ne pas avoir poussé trop loin notre attestation de nous-même. Nous nous sommes présenté comme un soignant « comme les autres ». Ce que nous avons pu

dire de nos expériences diffère très peu de ce que les soignants d'EthNaA nous ont dit. La position que nous défendons au terme de nos réflexions est celle que les soignants entrevoient. Nous ne l'inventons pas, mais développons des réflexions qui sont communes à de nombreux professionnels de l'addictologie, avec des outils dont notre parcours de formation et de préoccupation pour nous-même, et nos recherches personnelles nous ont doté. Nous espérons avoir trouvé une position suffisamment juste pour que notre discours sur la relation de soin soit reconnu dans sa valeur éthique.

Enfin, le souci de soi et l'accueil du tiers, dont nous avons fait les lieux-clés du changement de dynamique relationnelle, peuvent apparaître comme des solutions très personnelles. Nous avons effectivement souligné, dans notre quatrième partie, nos engagements dans ces démarches. L'accent que nous mettons sur l'engagement « amoureux » dans la relation de soin peut sembler également plus adapté à une réflexion sur l'accompagnement « au long cours » de patients addictés que sur des soins de réduction des risques ou de sevrage hospitalier. Toutefois, nous pensons que, quels que soient l'objectif et le contexte de la rencontre, celle-ci doit toujours être pensée par le soignant comme une occasion d'ouvrir un espace de relation et de permettre au patient de faire une bonne expérience relationnelle. Si le cadre institutionnel, de par sa tâche primaire, ne prévoit pas d'espace pour l'établissement de relations approfondies ou durables, cette expérience pourra servir au patient de référence pour sa rencontre avec des soignants d'un autre lieu de soin. Cet accent sur l'investissement de la relation nous paraît donc pertinent pour de nombreux contextes du soin. De plus, nous avons pris le soin de montrer que ces préoccupations et nos solutions envisagées coïncident avec les recherches propres des soignants d'EthNaA et qu'elles peuvent avoir des déclinaisons concrètes et être support de préconisations. Ces dernières nous engagent évidemment au premier plan et nous sont déjà utiles. Nous pensons qu'elles peuvent l'être plus largement et pouvons le défendre comme une opinion. La question de savoir si elles doivent être institutionnellement soutenues ne dépend, en revanche, pas que de nous. Nous revenons ici sur la question de la possibilité d'une généralisation de nos positions. Cette question ne relève que du débat avec les différents acteurs du soin, dans une mise en discussion des différentes positions éthiques présentées.

Nous espérons que ce travail sera « reçu », qu'il suscitera des réflexions, des réactions et des discussions. Nous espérons que des soignants pourront y trouver matière à penser le soin et les relations avec les patients. Mais nous ne pouvons pas en être certain. Il demeure qu'il aura été pour nous un effort pour penser nos liens avec les patients et aura eu un effet de transformation sur nous-même. Ainsi, nous nous montrons modeste, et ouvert à la discussion, quant à la valeur de nos « prescriptions », mais sommes prêt à revendiquer la nature éthique de notre démarche.

Conclusion

Notre introduction s'est ouverte sur une expérience de perplexité face au « spectacle » de la rencontre de soin avec les patients addictés. Nous avons dit que cette perplexité s'était muée en inquiétude dans un second temps. Entre ces deux éprouvés, du temps s'était écoulé et nous avons changé de position face au patient. D'étudiant, nous étions devenu psychiatre et les problématiques relationnelles qui se déployaient dans la rencontre avec les patients s'était installées en nous. Il ne s'agissait plus de demeurer perplexe, ni de nous indigner face à l'injustice du monde, mais de nous préoccuper de notre propre présence dans la rencontre. Celle-ci imposait de nous mettre en mouvement, à la recherche des moyens de soutenir les patients et nous-même dans des relations qui nous apparaissaient comme le cœur du soin. L'inquiétude naissante en nous était ainsi l'expression d'une « mise en pensée » qui nous a lancé dans ce travail de recherche.

Le mouvement central de notre démarche, tel que nous avons voulu le faire apparaître, a été celui d'une focalisation progressive, du contexte socio-anthropologique général aux discours de soignants sur la relation, et jusqu'à notre expérience subjective. Mais il ne s'agissait pas pour nous de nous « rapprocher » de plus en plus prêt d'un objet pour en décrire plus finement les structures, comme on le ferait avec un microscope. Nous voulions plutôt réaliser un changement de perspective : un discours porté de l'extérieur, au travers des analyses présentées dans la première partie de cette thèse et des résultats de l'étude ethnographique

« EthNaA » de la seconde partie, devenait un discours de sujet-agent dans la confrontation des discours des professionnels avec nos propres expériences dans les troisièmes et quatrièmes parties. En pénétrant dans cet espace intra-subjectif, le regard psychanalytique s'est imposé pour rendre compte de l'expérience singulière du soin dans le contexte addictologique. C'est dans une cinquième et dernière partie que certains discours philosophiques, alliés aux approches sociologiques et psychanalytiques, nous ont permis de penser l'expérience de la relation de soin dans le champ des addictions à un niveau de complexité élevé. Le rôle central de la relation, et de ses qualités cliniques et éthiques, dans le soin s'est confirmé, tout comme les obstacles majeurs qui se mettent sur son chemin. La restauration de la relation est ainsi devenue pour nous l'objet de notre réflexion éthique et nous avons pu distinguer des « lieux » d'action pouvant faire l'objet de notre engagement.

L'addiction s'avère être un objet « complexe » au sens étymologique du terme, celui que rappelle Edgar Morin : tissage, entrelacs. Marcel Mauss nous a aidé à le penser comme un « fait social total » qui peut et doit être décrit à partir de différents points de vue institués. À partir des approches sociologiques et cliniques, nous avons vu émerger des modalités diverses de compréhension du phénomène addictif et de structuration des dispositifs d'aide. Nous avons alors distingué trois paradigmes, cohérents et persistants, qui ont progressivement organisé la pensée des soignants du champ spécialisé des addictions depuis la fin du 19^{ème} siècle : les paradigmes socio-éducatif, anatomo-clinique et psychodynamique. Ces ensembles de représentations ont en commun une préoccupation pour la souffrance des personnes en situation d'addiction, mais ils divergent fortement dans leurs conceptions théoriques et dans le choix de l'objet du soin. Les uns verront l'addiction comme un effet de l'aliénation sociale, quand d'autres la considéreront comme un dérèglement biologique ou un symptôme d'expériences relationnelles infantiles défavorables. Ces conceptions induisent des positions très différentes auprès des patients. Nous avons vu comment elles étaient apparues de manière très spectaculaire au moment de l'épidémie de SIDA dans les années 1980. Mais les conflits qui ont traversé le domaine du soin des addictions n'ont pas été déterminés uniquement par des questions intellectuelles. Les représentations morales sous-jacentes nous sont également apparues centrales. Nous avons rappelé que ces

représentations étaient ubiquitaires et que les soignants les hébergeaient, quelle que soit leur volonté de s'en affranchir. Elles nous ont semblé s'organiser en « figures normatives » et nous avons pu en présenter deux, très ancrées dans le paysage historique et social : les figures hygiénistes et romantiques, et une en cours d'organisation : la figure hypermoderne. Mais le mouvement addictologique contemporain poursuit l'objectif de développer un nouvel environnement pour le soin, plus apaisé. Très marqué par les violentes oppositions passées et s'engageant dans une logique de refondation, le mouvement tend à se couper de son histoire, dans un « déni de filiation » et à contenir radicalement l'émergence d'une quelconque conflictualité. Il nous est ainsi apparu comme une élaboration hypermoderne, toujours en construction, qui s'appuie actuellement sur des points de consensus minimaux entre acteurs de la discipline. Le mouvement addictologique est investi, à juste titre, d'un espoir de renouvellement de la pensée du soin, mais ne nous semble pas encore apte à fournir un nouveau paradigme théorico-pratique à même de soutenir les soignants dans leur identité. Ils apparaissent alors flottants, dans un cadre « incertain ».

Nous nous sommes donc intéressé à l'expérience des professionnels dans la relation de soin. Diverses études scientifiques montrent le degré de difficulté et de « pénibilité » de la pratique soignante dans le champ des addictions. La littérature sur le *burnout* est ainsi riche de données. Dans un cadre plus large, nous avons exploré cette difficulté en réalisant une étude qualitative auprès de professionnels de trois différents lieux de soin en région parisienne. Cette étude reposait sur des entretiens avec les soignants, en groupe et en individuel, en utilisant la médiation d'un questionnaire semi-structuré et de la lecture d'un extrait du roman « Lord Jim » de Joseph Conrad. Les résultats de l'analyse des discours, qui se sont révélés d'une grande homogénéité dans les trois lieux, nous ont permis d'étayer nos observations sur les rapports qu'entretiennent les soignants avec l'environnement social du soin, leurs flottements en termes d'identité addictologique, et l'imprégnation par des représentations morales embarrassantes. Mais ils se sont montrés bien plus riches encore et nous ont donné à voir des éléments de compréhension que nous avons pu regrouper en sources et effets des difficultés relationnelles avec les patients, et en voies de dégagement. Dans les discours des professionnels, les sources se trouvent à quatre niveaux : le patient, le produit

d'addiction, le soignant et l'environnement. Le patient leur apparaît comme terriblement souffrant, porteur d'une histoire fréquemment catastrophique, présentant une dépendance complexe et délicate à soigner et ressemblant trop souvent aux stéréotypes reposant sur les représentations morales de sens commun. De son côté, le produit est un rival redoutable pour les soignants. Il s'interpose entre eux et les patients, empêchant la relation, et les met en doute lorsqu'il leur semble plus apte qu'eux-mêmes à aider le patient à survivre. Les soignants se décrivent alors fragiles dans leurs identités professionnelles et personnelles, le contexte du soin se confondant parfois avec la vie privée. Ils éprouvent de vives émotions qui peuvent les épuiser et peuvent perdre la distance qu'ils tentent de maintenir avec les représentations morales de sens commun. Enfin, l'environnement est un problème majeur pour les soignants. Il s'agit d'un « extérieur » hostile tant aux patients qu'au soin. L'espace extérieur s'ouvre dès les limites de l'institution franchies. Ce sont les partenaires, les soignants des autres lieux addictologiques ou des autres disciplines, les familles des patients, les proches des soignants, les tutelles, le grand public, les politiques et la loi. Tous ces « personnages » adoptent, selon les professionnels, des attitudes ambiguës voire malveillantes à l'égard des patients et du soin.

Dans ce contexte, le climat de la relation apparaît dominé par une défiance qui est apparue tant dans les discours des professionnels que dans l'analyse de nos rapports avec eux durant l'étude. Cette défiance infiltre tous les niveaux de la relation, peut prendre dans certains discours des formes extrêmes, et dérive régulièrement vers des dispositifs concrets. Ces derniers, que nous avons désignés comme des « pratiques de défiance », sont repérés par les soignants comme problématiques pour l'établissement de la relation et son soutien dans le temps. Dans ce contexte de défiance apparaissent des mouvements de maîtrise et de rejet des patients par les soignants. Ceux-ci leur paraissent avoir des conséquences sur les patients qui rechutent ou quittent le soin, et en conçoivent des éprouvés douloureux. Les professionnels en parlent avec émotion et beaucoup de culpabilité, et cela ouvre chez eux des réflexions sur les moyens de dégager la relation de soin de ces impasses. Il ne leur semble pas possible de demander davantage aux patients qu'une ébauche d'engagement dans les soins. Ils attendent alors une aide de leur environnement et cherchent à trouver une nouvelle attitude dans la relation. Mais

au-delà de leurs déclarations volontaires et de leur désir sincère de retrouver une confiance dans les liens avec les patients, leurs tentatives apparaissent entravées. Leur appel aux ressources extérieures, comme le partage des pratiques ou la supervision, reste très prudent, l'extérieur ne perdant pas son caractère menaçant. De même, le travail sur soi, qui passe pour eux par le soin personnel, la formation et l'équilibre de vie, demeure mesuré. La représentation des professionnels d'une position soignante ajustée, et propre à soutenir une confiance dans la relation, semble alors se porter vers un idéal inatteignable : se protéger tout en prenant des risques, se confier mais se retenir. Les professionnels nous ont ainsi donné le sentiment qu'ils voyaient clairement les pistes de restauration de la relation de soin, mais se trouvaient en difficulté pour s'y engager résolument.

Cette première approche, descriptive, de l'analyse des discours nous a mis face à de nombreuses données co-occurentes sans toutefois nous permettre d'en avoir une compréhension profonde. Nous avons donc eu recours à une approche psychanalytique pour lier entre eux ces différents résultats. L'observation de nos propres expériences de chercheur dans le cadre de l'étude et des relations du groupe de recherche avec les professionnels nous a été précieuse pour comprendre la place de la « régression » individuelle et groupale dans l'explication des caractéristiques singulières de la relation de soin dans le champ des addictions. Les « éléments de réalité » rapportés par les soignants, comme par exemple l'hostilité de l'extérieur, leur manque de formation ou la grande fragilité des patients, mais aussi les modalités singulières d'entrée en relation de ces derniers, provoquent, chez les professionnels, un repli de leur fonctionnement psychique vers des positions où leur investissement narcissique redevient prépondérant. Dans l'étude, ces mouvements ont été observés aussi bien dans les discours individuels que dans les dynamiques de groupe. Un tel repli entraîne un clivage du moi des soignants. Ces derniers sont alors occupés par des représentations polarisées et inconciliables des patients comme d'eux-mêmes. La pensée de Mélanie Klein nous a aidé à comprendre comment se jouaient des mouvements de projection du « mauvais » sur le patient et leur retour, dans l'intériorisation, chez le soignant. Les professionnels éprouvent alors alternativement des affects de haine, de triomphe et de honte. Dans ce contexte, l'autre ne peut être regardé que comme un élément de soi, brillant et héroïque, éventuellement au service d'une jouissance personnelle, ou comme un

étranger « total », un monstre à exclure ou à détruire. La fonction du tiers, qui devrait être active dans la pensée du professionnel et soutenue par son environnement, est ici réduite à l'impuissance. Elle ne permet pas alors aux sujets de la relation de reconnaître l'autre comme sujet propre. Ces mouvements redoutables attaquent la relation de soin et suscitent des éprouvés douloureux chez le patient et chez le soignant. Cela peut avoir des conséquences graves pour les sujets, et détermine un climat de défiance dans la relation. On comprend que les qualités éthiques et cliniques de celle-ci sont alors fortement altérées. Les mouvements de régression des professionnels ne sont toutefois pas permanents, et des sécurités internes et externes leur redonnent parfois la possibilité de saisir leurs mouvements et de s'interroger sur les possibilités d'un soin plus vivant. Nous avons vu leurs tentatives au travers de discours qui révèlent ici une dimension amoureuse et prennent une nouvelle signification. Retrouvant un fonctionnement psychique plus intégré, l'investissement d'objet, forme d'amour, reprend son rôle de mise en mouvement vers l'autre. Ce dernier peut alors être reconnu comme autre du soin, et soigné. Mais cette première théorie issue des discours des soignants nous a semblé aboutir, derrière une trajectoire idéale vers la restauration du soin, à un mouvement circulaire emportant les professionnels dans leur ambivalence, et la relation dans des alternances d'amour et de haine. Elle nous a fourni ainsi notre prototype de la « relation inquiète ».

Mais pour fonder notre propre position éthique et clinique, il nous fallait, comme nous l'avions annoncé, nous engager en tant que sujet dans notre analyse. Nous espérions ainsi compléter notre première théorie pour renforcer le mouvement de sortie de la relation inquiète que nous recherchions, avec les autres soignants rencontrés. L'exposé de notre propre rencontre avec le champ du soin des addictions, et l'équipe d'Avicenne en particulier, ainsi que la présentation de trois histoires de relations cliniques, nous ont permis de souligner notre communauté d'expérience avec les soignants ayant participé à l'étude EthNaA, et d'ouvrir une autre dimension, plus subjective, de l'analyse de la relation de soin. Notre fatigue émotionnelle a pu émerger, mais également nos moments de fonctionnement en miroir et de « rage narcissique » à l'égard de Monsieur P, de flottement identitaire et de panique face à Madame C, ou encore l'envahissement par la défiance de notre relation avec Monsieur A. Mais ces histoires au cours desquelles des périodes de

soin effectif ont pu s'ouvrir, ou qui ont semblé aboutir à un lien plus souple et sécurisant, nous ont permis d'apercevoir ce qui manquait à notre première théorie : un engagement dans une transformation de soi plutôt qu'un soin de soi, et une radicalisation de recours à la fonction du tiers. Cette « découverte » nous a permis de suspendre temporairement notre recherche pour qualifier la problématique éthique apparaissant au cœur de la relation de soin.

Ce à quoi a affaire le soignant en addictologie est une attente silencieuse, mais impérieuse, du patient. Une attente qui, simultanément, est attaquante pour le lien et l'identité du professionnel. C'est elle qui convoque la responsabilité du soignant. Cette dernière consiste en un double mouvement d'interrogation des motivations propres à soigner et des positions adoptées, ainsi que de recherche des moyens de répondre à l'attente « addictée ». Il nous a semblé que cette réponse consistait en tout premier lieu en une mise en mouvement du professionnel, dans un « premier pas » aussi risqué que fondamental. Ce mouvement se projette « malgré tout », malgré les innombrables difficultés évoquées et la défiance qui infiltre les espaces du soin. Cet engagement *avant l'engagement de l'autre* est pour nous le premier soin. Mais énoncer cet ordre de responsabilité ne fait que renforcer une inquiétude qui risque de devenir insoutenable. Dès lors, il nous fallait nous mettre en quête de voies de réflexion sur les moyens de soutenir un tel engagement, puis d'orienter la relation de soin vers une trajectoire plus favorable.

Après cette exploration de l'expérience soignante de la relation de soin, d'un point de vue « externe » puis « interne », il était temps pour nous d'ouvrir le moment foncièrement « complémentariste » de ce travail. L'éprouvé d'inquiétude qui a traversé nos observations et notre parcours nous a fourni la notion « pivot » de notre analyse. Autour d'elle s'organisent des discours issus de nos trois champs de recherche : la sociologie, la philosophie et la psychanalyse. En prenant garde de ne pas fusionner ces approches, le regard stéréoscopique permis par la méthodologie complémentariste nous a placé face à la complexité de l'inquiétude. Celle-ci s'est révélée effectivement dans une double capacité à paralyser la relation et à produire un « élanement » vers l'autre. Ces aspects en apparence contradictoires sont à appréhender dans un rapport dialogique. Ils sont interdépendants et s'ancrent l'un dans l'autre. La notion d'« organe-obstacle » de Jankélévitch nous a permis de donner corps à cette réalité de l'inquiétude : elle met en mouvement parce qu'elle

paralyse. En appliquant ce que nous avons compris de l'inquiétude à la relation de soin, dans le champ des addictions, nous avons pu voir qu'elle permettait de réinvestir un espace subjectif dans une conversion de l'inquiétude par soi à l'inquiétude pour soi, cette conversion passant par un « souci de soi », transformateur parce qu'adossé à un tiers. Cette mobilisation par le soignant de sa subjectivité propre et de la fonction tierce a permis de remettre la relation sur la voie d'une reconnaissance de l'autre-patient en tant que sujet propre. Ce mouvement de dégagement du lien, de l'inquiétude par l'autre à l'inquiétude pour l'autre, s'est appuyé sur les propriétés précieuses de la confiance dont nous a parlé Ricœur et sur les qualités de l'amour tel que l'a pensé Jankélévitch. Il nous a alors semblé possible de proposer une seconde théorie éthique et clinique de la relation de soin en addictologie.

Le premier temps de cette théorie est celui d'un réexamen de la relation inquiète telle qu'elle nous était apparue dans le cadre de la première théorie. Le second, celui de la proposition éthique et clinique autour d'un mouvement « amoureux » vers l'autre-patient.

Pour qualifier la relation inquiète, nous avons repris les trois « personnes » que Ricœur met en jeu dans l'éthique et qu'il désigne par les pronoms personnels « je », « tu » et « il ». Le « tu », l'autre, nous apparaît dans le soin comme un étranger total dont il y a tout lieu de se méfier. Son attente demeure indéchiffrable et n'est plus perçue que comme une hostilité menaçante. Face au patient, nous, soignants, sommes effrayés. Nous nous replions sur nous-mêmes et cherchons dans le réinvestissement de notre narcissisme une sécurité perdue dans nos relations avec l'autre. Mais nous y perdons notre capacité à voir l'autre et nous-mêmes de manière intégrée, complexe, ambivalente et « tu » comme « je » deviennent des figures agglutinées et duplices, héroïques et monstrueuses. Nous tentons bien de réinvestir un espace subjectif au travers d'un soin de soi mais sans savoir comme nous y prendre. En effet le tiers dont nous voyons l'importance fondamentale s'est évanoui en nous. Nous ne pouvons plus voir ce « il » que dans des figures de l'« extérieur », qui restent trop lointaines et menaçantes. La défiance, dont nous connaissons le caractère stable et cohérent, poursuit sans obstacle son infiltration des espaces du soin. Elle produit des effets douloureux pour chacun mais demeure

entière. Il nous semble qu'elle se nourrit des états narcissiques que nous connaissons alors, avec les patients. Les mouvements d'emprise et de rejet, les recherches de jouissance et d'apaisement aux dépens de l'autre creusent autour d'eux une circularité que nous avons illustrée par la métaphore météorologique de la dépression atmosphérique. Cette rotation se superpose au cercle des « attitudes » à l'égard de l'autre, que décrit Sartre dans « L'être et le néant ». Ces mouvements passent circulairement du masochisme à la haine, au sadisme et à l'amour. Ce dernier ne constitue en rien une sortie du cercle pour Sartre. Nous avons retrouvé ces attitudes dans les discours des soignants et notre propre expérience. Les soignants en addictologie éprouvent ce que l'autre fait vivre au moi dans la pensée de Sartre. Cela rend compte, pour nous, du fait que, malgré la clairvoyance des professionnels d'EthNaA sur les « lieux » où agir pour restaurer la relation, leurs tentatives restent engluées dans la circularité de l'inquiétude défiante.

Nous avons suivi les soignants et nous sommes intéressé aux lieux qu'ils nous ont indiqués : le sujet et le tiers. Mais pour pouvoir penser une nouvelle dynamique de la relation, nous avons cherché à les articuler et à les mobiliser. Le tiers est devenu notre préoccupation première. Il constitue un point de mise en tension du dialogue entre pensées sociologiques, philosophiques et psychanalytiques. Il est tantôt situé à l'extérieur du sujet, tantôt à l'intérieur. Mais une analyse complémentariste approfondie d'auteurs comme Marc-Henry Soulet et Paul Ricœur, et du discours psychanalytique nous permet de percevoir sa localisation simultanément interne et externe. C'est de l'intérieur que la fonction tierce est la plus efficace, mais ses localisations externes sont indispensables à son soutien. Dès lors, nous avons pu nous risquer à formuler des propositions concrètes en vue de modifier la dynamique de la relation de soin dans le champ des addictions. Le sujet est le siège d'une proposition majeure : s'engager dans un *souci de soi* tel qu'en parle Michel Foucault. Il diffère du soin de soi qui en reste à l'équipement formel de la pensée, et peut facilement dériver vers la philautie. Il implique une mutation de soi dans le rapport à l'autre, médié par un tiers. Dans ce rapport « spirituel » à soi, la fonction tierce s'intériorise et procure au sujet la sécurité dont il a besoin dans ses rapports avec autrui. Différentes pratiques du souci de soi sont possibles et elles peuvent se réaliser individuellement ou en groupe. L'une d'elle, souvent citée par les soignants, est la supervision clinique. Différents obstacles psychologiques et

institutionnels freinent ces pratiques, mais nous pensons qu'elles doivent être énergiquement encouragées. Le second lieu de l'action restauratrice est celui des représentants externes du tiers. Ceux-ci sont multiples et peuvent être très proches du sujet – ils doivent déjà être dans l'équipe et le cadre institutionnel – ou plus éloignés – le « méta-cadre » institutionnel : l'établissement, la discipline, les tutelles, la loi, la société... L'action à mettre en œuvre est alors « politique ». Gagnant en sécurité interne, nous devons, en tant que soignants, prendre le risque de reconnaître les tiers externes comme des dépositaires précieux de la fonction tierce. Ainsi, les partenaires du soin, les collègues d'autres institutions, les familles des patients, les organismes de tutelle ou le débat social, originellement regardés avec défiance, doivent être reconnus et accueillis dans l'institution. Nous avons souligné qu'il ne s'agissait pas d' « endormir » une vigilance nécessaire, mais d'ouvrir un espace de dialogue, de débat, possiblement conflictuel, avec des représentants extérieurs du tiers. C'est en effet dans cette discussion que se réactive la fonction tierce intériorisée. Il nous semble donc nécessaire de la relancer, notamment au sein du mouvement addictologique, pour soutenir sa fonction de support de la pensée et des pratiques des soignants, ainsi que son rôle de présence dans l'espace social.

La forme de souci de soi dont nous soulignons ici l'importance doit se compléter par un mouvement résolu vers l'autre. Ce dernier relève d'une éthique qui doit être audacieuse, mais que la réalité de l'attente, dans le soin des addictions, nous interdit d'envisager comme extatique. Elle ne peut aboutir au sacrifice flamboyant pour l'autre, qui priverait ce dernier de soignant. La reconnaissance de la faillibilité humaine du professionnel nous apparaît alors essentielle. Elle lui permet de rester au contact du patient et le contraint à compter sur les autres, les tiers. La pensée de l'amour par Jankélévitch nous a fourni cette éthique exigeante mais tolérante, une éthique que fait de la reconnaissance de l'autre sujet un impératif absolu, tout en considérant l'imperfection humaine de l'amant. L'amant-soignant est un sujet de l'« alternative ». Il connaît des moments d'insouciance, d'indifférence, de repli sur soi, et ils sont nécessaires pour lui permettre d' « aérer » son amour pour le patient. Dans la perspective de Jankélévitch, ces temps d' « égoïsme » permettent au soignant de se réengager dans la relation avec le patient. La relation de soin peut alors être animée de respirations entre soin de soi et amour de l'autre, entre

inquiétude saisissante et élanement, entre défiance et confiance. Au cœur de ces respirations se loge une nouvelle dialectique entre liaison et déliaison. Hannah Arendt et Paul Ricœur nous ont aidé à voir le rôle majeur de la promesse et de la mémoire comme forces du lien tenant ensemble soignant et patient. Ce rôle est parfaitement perçu par les soignants, et ils s'en effraient. Pourtant des mouvements de déliaison existent, qui sont le pardon et l'oubli. Dans le nouvel espace relationnel qui s'ouvre ici, supporté par l'effort subjectif du soignant et son investissement du tiers, liaison et déliaison entrent en jeu pour nourrir des liens solides, mais souples et déformables, entre professionnel et patient. Ainsi, la confiance, qui a pu représenter pour nous la valeur absolue du soin, se trouve relancée dans une dynamique dialogique avec la défiance. La confiance reste un « préférable », mais il est subordonné à la reconnaissance de l'autre sujet. Et cette dernière peut passer par des instants brefs de défiance différenciante et support de pensée, sur le modèle de la « violence de l'interprétation » que nous propose Piera Aulagnier. Le patient y est inscrit dans le discours du soin et y gagne la liberté d'investir une relation avec le soignant. La dialectique liaison-déliaison nous a permis d'envisager des modalités de fonctionnement institutionnel « démocratiques » au sens d'Arendt, des lieux délimitant des îlots de prévisibilité laissant libres des intervalles où les liens sont plus lâches. Mais aujourd'hui, cette dialectique supporte pour nous une nouvelle dynamique de la relation de soin. Elle s'inscrit dans un mouvement d'amour du soignant, au moment où il s'engage dans son premier pas vers le patient. Nous avons refusé de voir dans un amour sacré et incandescent une visée légitime pour notre éthique du soin. L'amour que nous présente Jankélévitch est plutôt intense et radical, mais « médiocre », imparfait. C'est un amour foncièrement humain qui apparaît respectueux des soignants comme des patients.

Cet amour, aux antipodes du repli narcissique qui emportait la relation inquiète dans sa circularité, lui laisse pourtant une place. Nous pouvons alors penser une relation « autrement inquiète » qui ne diffère de sa devancière que de quelques degrés. Mais cet écart, produit par l'engagement du soignant, suffit à entraîner une nouvelle dynamique. La relation inquiète suivait un cercle serré et perpétuel autour du narcissisme aggloméré du professionnel et du patient. Elle peut maintenant suivre une trajectoire plus sinueuse, soumise à une attraction moindre de deux

noyaux nouvellement différenciés. Elle connaît des moments de grâce amoureuse où soignant et patient se reconnaissent mutuellement comme sujets, et d'autres de repli sur soi qui tendent à ramener la relation dans les anciennes ornières qu'elle a creusées. Mais elle reste chaque fois un peu à côté, ou un peu au-dessus, grâce aux engagements nouveaux du soignant, auxquels viennent s'ajouter ensuite ceux du patient. Elle décrit un mouvement qui nous évoque celui de la pensée selon Jankélévitch⁴⁸⁰.

Plus je doute et plus je pense ; et réciproquement, plus je pense, plus je doute ; mais à nouveau je pense en recommençant à douter, et de plus en plus activement : le cercle se ferme, s'entrouvre, se referme continuellement, mais chaque fois à un exposant supérieur ; l'auction ne cesse de croître, l'enchère de monter ; le doute et la pensée rivalisent à l'envi, se renforçant l'un l'autre à qui mieux mieux... Mais dans tous les cas, les fractures se ressouderont, les solutions de continuité seront comblées. La pensée aura le dernier mot. (p.15)

Cette danse de la pensée et du doute se superpose à celle de l'amour et du repli soignant, et donne à l'amour-soin le « dernier mot ». Mais cette annonce de Jankélévitch laisse suspendue une question d'importance. Massivement préoccupé par la rencontre avec le patient, le soutien de la relation par l'amour dans le soin, nous n'avons pas anticipé le problème du terme de celui-ci. Or une relation de soin peut être longue, mais elle doit avoir une fin. Penser ces liens, soutenus par l'amour, nous laisse face à une interrogation : comment l'amour-soin, pensé comme un absolu, peut-il se concevoir une limite ? Jankélévitch nous donne ici encore une piste : l'amour, pour ne pas perdre son sens, doit se retenir. Mais dans le contexte du soin, une dimension supplémentaire de l'amour est sans doute à souligner. Il peut durer dans ce jeu d'élan retenu, mais il doit finalement aboutir à une séparation du soignant et du patient. Elle n'est pas une rupture qui serait la véritable fin du lien, serait vécue douloureusement par le soignant et le patient, et ferait courir de graves risques à ce dernier. Elle est plutôt un « au revoir », qui ne met pas un terme à l'amour, et laisse aux protagonistes, au patient en particulier, une expérience solidement ancrée en eux de relation « suffisamment bonne ».

⁴⁸⁰ Jankélévitch, *Le paradoxe de la morale*. op.cit.

Nous sommes parvenu, à l'issue de cette recherche, à proposer une théorie de la relation de soin en addictologie. Son élaboration s'est appuyée sur des constats empiriques, suivant des raisonnements inductifs, déductifs et introspectifs, et sur des éléments théoriques issus de champs de savoir complémentaires : la sociologie, la psychanalyse et la philosophie. En cela, nous avons cherché à respecter la complexité de la relation de soin et à appliquer à son étude une méthodologie complémentariste. Nous espérons que ces efforts montreront notre engagement dans notre recherche. Notre travail a été de retrouver, de collecter et d'assembler des éléments de récits dans les discours des soignants d'EthNaA, dans nos souvenirs et dans les pensées écrites. En les reliant, nous nous sommes construit une histoire sensée. Ce processus de la recherche nous paraît proche de ce que Piera Aulagnier⁴⁸¹ dit de celui de l'analyse : « La tâche du Je sera de transformer ces *documents fragmentaires* en une construction historique qui apporte à l'auteur et à ses interlocuteurs le sentiment d'une *continuité temporelle* » (p.196). Ce faisant, le sujet se transforme : « Ce n'est qu'à cette condition qu'il pourra relier ce qu'il est à ce qu'il a été et projeter dans le futur un devenir qui allie la possibilité et le désir d'un changement avec la préservation de cette part de 'propre', de 'singulier, de 'non-transformable' » (p.196). Ce travail de pensée a ainsi constitué pour nous une pratique du souci de soi, et nous a modifié. Nous ne sommes pas tout-à-fait le soignant que nous étions avant de l'entamer, et nous sentons pourtant dans une continuité d'être en tant que sujet. Dans ce soutien de notre pensée, régulièrement attaquée par les expériences du soin, nous avons trouvé le moyen de nous mobiliser profondément, et, par là, de relancer nos mouvements d'amour pour les patients, et, espérons-le, de mieux les soigner. Nous exprimons ici notre gratitude à l'égard de tiers qui ont soutenu notre espace de pensée.

Mais nous voudrions que ce travail soit plus que cet exercice important du souci de soi, qu'il suscite des réactions des autres soignants et des patients, qu'il leur soit d'une aide, même minime, dans leurs tentatives de se mettre en lien, pour le soin du patient. Dans cet espoir, il nous semble que l'attestation de notre propre modification subjective ne suffit pas à la légitimation de nos propositions éthiques.

⁴⁸¹ Piera Aulagnier, *L'apprenti-historien et le maître-sorcier. Du discours identifiant au discours délirant* (Paris: Presses Universitaires de France - PUF, 1984).

Une éthique du soin, même fondée sur une expérience subjective, n'a de sens que comme système ouvert. Il nous faut alors espérer qu'elle soit l'objet de discussions qui, en la modifiant, en l'enrichissant et en la critiquant, la légitimeraient parmi les discours qui soutiennent l'effort de pensée dans le soin.

Table des illustrations et tableaux

- Page 156 : Tableau récapitulatif des principaux résultats des études quantitatives portant sur le burnout des professionnels dans le champ des addictions (Tableau I)
- Page 158 : Tableau récapitulatif des résultats de l'étude qualitative de Oser et al. (2013) (Tableau II)
- Page 179 : Tableau récapitulatif des données sociodémographiques concernant les participants à l'étude EthNaA (Tableau III)
- Page 181 : Questionnaire destiné aux responsables institutionnels
- Page 181 : Questionnaire sociodémographique destiné aux professionnels
- Page 182 : Questionnaire sociodémographique destiné aux usagers
- Page 182-183 : Questionnaire « Inquiétude »
- Page 183 : Questionnaire « Passateurs »
- Page 185 : Extrait de « Lord Jim » de J. Conrad
- Page 185 : Questionnaire narratif
- Page 186 : Schéma récapitulatif de la procédure de recherche
- Page 290 : Les sources de difficulté pour la relation de soin d'après les soignants (étude EthNaA)
- Page 291 : L'environnement comme source de difficultés pour la relation de soin d'après les soignants (étude EthNaA)
- Page 295 : Les effets des difficultés pour la relation de soin d'après les soignants (étude EthNaA)
- Page 298 : Les solutions face aux difficultés pour la relation de soin d'après les soignants (étude EthNaA)

Table des annexes (support numérique)

- Annexe 1 : Fichier de la thèse
- Annexe 2 : Protocole EthNaA
- Annexe 3 : Feuilles d'information
- Annexe 4 : Formulaire de consentement
- Annexe 5 : Autorisation CEERB
- Annexe 6 : Verbatim Professionnels
- Annexe 7 : Verbatim Patients
- Annexe 8 : Analyse des résultats du questionnaire « Inquiétude » (A. Reyre)
- Annexe 9 : Analyse des résultats du questionnaire narratif (Mémoire R. Jeannin)
- Annexe 10 : Analyse spécifique des focus groups (Mémoire M. Larguèche)

Références bibliographiques

Articles

Ahern, Jennifer, Jennifer Stuber, et Sandro Galea. « Stigma, discrimination and the health of illicit drug users ». *Drug and alcohol dependence* 88, n° 2-3 (2007): 188-96. doi:10.1016/j.drugalcdep.2006.10.014.

Aquatias, Sylvain. « Cannabis : du produit aux usages. Fumeurs de haschich dans des cités de la banlieue parisienne ». *Sociétés contemporaines* 36, n° 1 (1999): 53-66. doi:10.3406/socco.1999.1730.

Baldacchino, Alex, Gail Gilchrist, Rod Fleming, et Jonathan Bannister. « Guilty until Proven Innocent: A Qualitative Study of the Management of Chronic Non-Cancer Pain among Patients with a History of Substance Abuse ». *Addictive Behaviors* 35, n° 3 (2010): 270-72. doi:10.1016/j.addbeh.2009.10.008.

Broome, Kirk M., Danica K. Knight, Jennifer R. Edwards, et Patrick M. Flynn. « Leadership, Burnout, and Job Satisfaction in Outpatient Drug-Free Treatment Programs ». *Journal of Substance Abuse Treatment* 37, n° 2 (2009): 160-70. doi:10.1016/j.jsat.2008.12.002.

Bydlowski, Monique. « Le ‘mandat transgénérationnel’ selon Serge Lebovici ». *Spirale* 1, n° 17 (2001): 23-25. doi:10.3917/spi.017.0023.

Center, Claudia, Miriam Davis, Thomas Detre, Daniel E Ford, Wendy Hansbrough, Herbert Hendin, John Laszlo, et al. « Confronting Depression and Suicide in Physicians: A Consensus Statement ». *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 289, n° 23 (2003): 3161-66. doi:10.1001/jama.289.23.3161.

Constantopoulos, Michel. « Le souci de soi de Michel Foucault ou comment faire de sa vie une œuvre ». *Che vuoi ?* 19, n° 1 (2003): 203-17.

Couteron, Jean-Pierre. « Société et addiction ». *Le sociographe* 39, n° 3 (2012): 10-16. doi:10.3917/graph.039.0010.

Crothers, Cara Elizabeth, et Jillian Dorrian. « Determinants of Nurses’ Attitudes toward the Care of Patients with Alcohol Problems ». *ISRN Nursing* (2011): Article ID 821514. doi:10.5402/2011/821514.

Daneault, Serge. « The wounded healer ». *Canadian Family Physician* 54, n° 9 (2008): 1218-19.

- Delion, Pierre. « Thérapeutiques institutionnelles ». *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*. Paris: Elsevier Masson, 2001 (archivé).
- Descombey, Jean-Paul. « L'alcoolisme, continent noir de la psychanalyse ? ». *Revue française de psychanalyse* Vol. 68, n° 2 (2004): 561-79. doi:10.3917/rfp.682.0561.
- Duclos, Denis. « Puissance et faiblesse du concept de risque ». *L'Année sociologique* 46, n° 2 (1996): 309-37.
- Durkheim, Émile. « Détermination du fait moral - Séance du 11 février 1906 ». *Bulletin de la société française de philosophie* 6 (1906): 113-212.
- Ehrenberg, Alain. « Comment vivre avec les drogues ? Questions de recherche et enjeux politiques ». *Communications* 62, n° 1 (1996): 5-26. doi:10.3406/comm.1996.1932.
- Farmer, Roger. « Stress and working with drug misusers ». *Addiction Research* 3 (1995): 113-22.
- Ford, Rosemary. « Interpersonal Challenges as a Constraint on Care: The Experience of Nurses' Care of Patients Who Use Illicit Drugs ». *Contemporary Nurse* 37, n° 2 (2011): 241-52. doi:10.5172/conu.2011.37.2.241.
- Foster, John H., et C. Onyeukwu. « The Attitudes of Forensic Nurses to Substance Using Service Users ». *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 10, n° 5 (2003): 578-84. doi: 10.1046/j.1365-2850.2003.00663.x
- Fouquet, Pierre. « Réflexions cliniques et thérapeutiques sur l'alcoolisme. » *L'Évolution Psychiatrique* 2 (1951): 231-62.
- Furnham, Adrian, et Louise Thomson. « Lay Theories of Heroin Addiction ». *Social Science & Medicine* 43, n° 1 (1996): 29-40. doi: 10.1016/0277-9536(95)00330-4
- Geller, Gail, Ruth R. Faden, et David M. Levine. « Tolerance for Ambiguity among Medical Students: Implications for Their Selection, Training and Practice ». *Social Science & Medicine* 31, n° 5 (1990): 619-24. doi: 10.1016/0277-9536(90)90098-D
- Gilchrist, Gail, Jacek Moskalewicz, Silvia Slezakova, Lubomir Okruhlica, Marta Torrens, Rajko Vajd, et Alex Baldacchino. « Staff Regard towards Working with Substance Users: A European Multi-Centre Study ». *Addiction* 106, n° 6 (2011): 1114-25. doi:10.1111/j.1360-0443.2011.03407.x.
- Glover, Edward. « On the aethiology of drug addiction ». *International Journal of Psychoanalysis* 13 (1932): 298-328.

- Goodman, Aviel. « Addiction: definition and implications ». *British Journal of Addiction* 85, n° 11 (1990): 1403-8. doi: 10.1111/j.1360-0443.1990.tb01620.x
- Guarino, Honoria, Sarah Moore, Lisa Marsch, et Sal Florio. « The social production of substance abuse and HIV/HCV risk: an exploratory study of opioid-using immigrants from the former Soviet Union living in New York City ». *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy* 7, n° 2 (2012): 1-14. doi:10.1186/1747-597X-7-2.
- Hawton, Keith, et Lisa Vislisel. « Suicide in Nurses ». *Suicide & Life-Threatening Behavior* 29, n° 1 (1999): 86-95. doi: 10.1111/j.1943-278X.1999.tb00765.x
- Howard, Matthew O., et Sulki S. Chung. « Nurses' Attitudes toward Substance Misusers. II. Experiments and Studies Comparing Nurses to Other Groups ». *Substance Use & Misuse* 35, n° 4 (2000): 503-32. doi: 10.3109/10826080009147470
- Jacka, David, Danielle Clode, Sharon Patterson, et Kim Wyman. « Attitudes and Practices of General Practitioners Training to Work with Drug-Using Patients ». *Drug and Alcohol Review* 18, n° 3 (1999): 287-91. doi:10.1080/09595239996428.
- Jauffret-Roustide, Marie, Julien Cohen, Isabelle Poisot-Martin, Bruno Spire, Michael Gossop, et M Patrizia Carrieri. « Distributive sharing among HIV-HCV co-infected injecting drug users: the preventive role of trust in one's physician ». *AIDS care* 24, n° 2 (2012): 232-38. doi:10.1080/09540121.2011.596515.
- Jeannin, Raphaël, Olivier Taïeb, Myriam Largueche, Thierry Baubet, et Aymeric Reyre. « 'We addicts all have something of Jim in us': A caregiver-patient narrative study on the representations of addicted individuals using a fragment from 'Lord Jim' ». *Soumis à Qualitative Health Research*, s. d.
- Jentsch, James D., et James R. Taylor. « Impulsivity Resulting from Frontostriatal Dysfunction in Drug Abuse: Implications for the Control of Behavior by Reward-Related Stimuli ». *Psychopharmacology* 146, n° 4 (1999): 373-90. doi : 10.1007/PL00005483
- Knudsen, Hannah K., Lori J. Ducharme, et Paul M. Roman. « Counselor Emotional Exhaustion and Turnover Intention in Therapeutic Communities ». *Journal of Substance Abuse Treatment* 31, n° 2 (septembre 2006): 173-80. doi:10.1016/j.jsat.2006.04.003.
- Lacan, Jacques. « Fonction et champ de la parole et du langage en psychanalyse ». *La psychanalyse*, n° 1 (1956).
- Lacoursiere, Roy B. « "Burnout" and Substance User Treatment: The Phenomenon and the Administrator-Clinician's Experience ». *Substance Use & Misuse* 36, n° 13 (2001): 1839-74. doi: 10.1081/JA-100108430

- Landrum, Brittany, Danica K. Knight, et Patrick M. Flynn. « The Impact of Organizational Stress and Burnout on Client Engagement ». *Journal of Substance Abuse Treatment* 42, n° 2 (2012): 222-30. doi:10.1016/j.jsat.2011.10.011.
- Lappalainen-Lehto, Riitta, Kaija Seppä, et Isto Nordback. « Cutting down Substance Abuse--Present State and Visions among Surgeons and Nurses ». *Addictive Behaviors* 30, n° 5 (2005): 1013-18. doi:10.1016/j.addbeh.2004.09.002.
- Larguèche, Myriam, Raphaël Jeannin, et Aymeric Reyre. « Éthique et narrativité dans les Addictions (EthNaA) ». *L'Autre* 12, n° 3 (2011): 341-45. doi:10.3917/lautr.036.0341.
- Larios, Sandra E., Serena Wright, Amanda Jernstrom, Dorothy Lebron, et James L. Sorensen. « Evidence-based practices, attitudes, and beliefs in substance abuse treatment programs serving American Indians and Alaska Natives: a qualitative study ». *Journal of psychoactive drugs* 43, n° 4 (2011): 355-59.
- Madden, Fred. « The ethical dimensions of Heart of Darkness and Lord Jim: Conrad's debt to Schopenhauer ». *Conradiana* 33, n° 1 (1999): 42-62.
- Madill, Anna, et Garry Latchford. « Identity change and the human dissection experience over the first year of medical training ». *Social Science & Medicine* 60 (2005): 1637-47. doi:10.1016/j.socscimed.2004.08.035
- Malterud, Kirsti. « Qualitative Research: Standards, Challenges, and Guidelines ». *Lancet* 358, n° 9280 (2001): 483-88. doi:10.1016/S0140-6736(01)05627-6.
- McGee, Eileen M. « The Healing Circle: Resiliency in Nurses ». *Issues in Mental Health Nursing* 27, n° 1 (2006): 43-57. doi:10.1080/01612840500312837.
- McKeown, Alistair, Catriona Matheson, et Christine Bond. « A Qualitative Study of GPs' Attitudes to Drug Misusers and Drug Misuse Services in Primary Care ». *Family Practice* 20, n° 2 (2003): 120-25.
- Morel, Alain. « Place des psychothérapies dans l'accompagnement thérapeutique en addictologie. Théorie et pratique ». *Psychotropes* Vol. 16, n° 2 (2010): 31-48. doi:10.3917/psyt.162.0031.
- Neale, Joanne, Charlotte Tompkins, et Laura Sheard. « Barriers to Accessing Generic Health and Social Care Services: A Qualitative Study of Injecting Drug Users ». *Health & Social Care in the Community* 16, n° 2 (2008): 147-54. doi:10.1111/j.1365-2524.2007.00739.x.
- Ning, Ana M. « Games of Truth: Rethinking Conformity and Resistance in Narratives of Heroin Recovery ». *Medical Anthropology* 24, n° 4 (2005): 349-82. doi:10.1080/01459740500334649.

- Ogborne, Alan C., Kathy Braun, et Gail Schmidt. « Working in Addictions Treatment Services: Some Views of a Sample of Service Providers in Ontario ». *Substance Use & Misuse* 33, n° 12 (1998): 2425-40. doi : 10.3109/10826089809059333
- Ogien, Albert. « La morale du drogué ». *Revue française des affaires sociales* 2 (1994): 56-67.
- Oser, Carrie B., Elizabeth P. Biebel, Erin Pullen, et Kathi L. H. Harp. « Causes, Consequences, and Prevention of Burnout among Substance Abuse Treatment Counselors: A Rural versus Urban Comparison ». *Journal of Psychoactive Drugs* 45, n° 1 (2013): 17-27.
- Oyefeso, Adenekan, Carmel Clancy, et Roger Farmer. « Prevalence and Associated Factors in Burnout and Psychological Morbidity among Substance Misuse Professionals ». *BMC Health Services Research* 8, n° 1 (2008): 39. doi:10.1186/1472-6963-8-39.
- Peele, Stanton. « Redefining addiction I: Making addiction a scientifically and socially useful concept ». *International Journal of Health Services* 7 (1977): 103-24. doi: 10.2190/A7JM-3YQ7-NPAK-MWTL
- Preble, Edward, et John J. Casey. « Taking Care of Business--the Heroin User's Life on the Street ». *International Journal of the Addictions* 4 (1969): 1-24.
- Rado, Sándor. « The psychic effects of intoxication: attempt at a psycho-analytic theory of drug addiction ». *International Journal of Psychoanalysis* 4 (1928): 301-17.
- Ralley, Catriona, Rory Allott, Dougal Julian Hare, et Anja Wittkowski. « The use of the repertory grid technique to examine staff beliefs about clients with dual diagnosis ». *Clinical psychology & psychotherapy* 16, n° 2 (2009): 148-58. doi:10.1002/cpp.606.
- Rasinski, Kenneth A., Ryan E. Lawrence, John D. Yoon, et Farr A. Curlin. « A Sense of Calling and Primary Care Physicians' Satisfaction in Treating Smoking, Alcoholism, and Obesity ». *Archives of Internal Medicine* 172, n° 18 (2012): 1423-24. doi:10.1001/archinternmed.2012.3269.
- Reyre, Aymeric, Raphaël Jeannin, Myriam Larguèche, Emmanuel Hirsch, Thierry Baubet, Marie Rose Moro, et Olivier Taïeb. « Care and Prejudice: Moving beyond Mistrust in the Care Relationship with Addicted Patients ». *Medicine, Health Care, and Philosophy* 17, n° 2 (2014): 183-90. doi:10.1007/s11019-013-9533-x.
- Reyre, Aymeric, Olivier Taïeb, Jeanne-Flore Rouchon, Thierry Baubet, Emmanuel Hirsch, et Marie Rose Moro. « In-quiétude et souci de soi comme éthique dans les relations thérapeutiques avec les patients addicts ». *Psychotropes* 16, n° 1 (2010): 9-19. doi:10.3917/psyt.161.0009.

- Ricoeur, Paul. « Éthique ». *Encyclopaedia Universalis*. Paris: Encyclopaedia Universalis, 2008.
- . « Les paradoxes de l'identité ». *Information psychiatrique*, 72 (1996) 201-6.
- Rouchon, Jeanne-Flore, Cédric François, Katherine Levy, Aymeric Reyre, Olivier Taïeb, Thierry Baubet, et Marie Rose Moro. « Expériences de vie et de mort des groupes thérapeutiques dans un centre de soins pour patients toxicomanes ». *Psychotropes* 16, n° 3 (2010): 89-106. doi:10.3917/psyt.163.0089.
- Rush, Benjamin. « Une enquête sur les effets des spiritueux sur le corps et l'esprit humains ». Traduit par Marc Levivier et Emmanuelle Gira. *Psychotropes* Vol. 17, n° 3 (2012): 179-212. doi:10.3917/psyt.173.0179.
- Schernhammer, Eva. « Taking Their Own Lives - the High Rate of Physician Suicide ». *The New England Journal of Medicine* 352, n° 24 (2005): 2473-76. doi:10.1056/NEJMp058014.
- Seignan, Gérard. « L'hygiène sociale au XIXe siècle : une physiologie morale ». *Revue d'histoire du XIXe siècle. Société d'histoire de la révolution de 1848 et des révolutions du XIXe siècle*, n° 40 (2010): 113-30. doi:10.4000/rh19.3996.
- Semple, Shirley J., Steffanie A. Strathdee, Jim Zians, et Thomas L. Patterson. « Factors associated with experiences of stigma in a sample of HIV-positive, methamphetamine-using men who have sex with men ». *Drug and Alcohol Dependence* 125, n° 1-2 (2012): 154-59. doi:10.1016/j.drugalcdep.2012.04.007.
- Sheridan, Janie, John Strang, Nick Barber, et Alan Glanz. « Role of Community Pharmacies in Relation to HIV Prevention and Drug Misuse: Findings from the 1995 National Survey in England and Wales ». *BMJ (Clinical Research Ed.)* 313, n° 7052 (1996): 272-74. doi: 10.1136/bmj.313.7052.272
- Shoptaw, Steven, Judith A. Stein, et Richard A. Rawson. « Burnout in Substance Abuse Counselors. Impact of Environment, Attitudes, and Clients with HIV ». *Journal of Substance Abuse Treatment* 19, n° 2 (2000): 117-26. doi: 10.1016/S0740-5472(99)00106-3
- Simmel, Ernst. « Psychoanalytic Treatment in a Sanatorium ». *International Journal of Psychoanalysis* 10 (1929): 83-86.
- Smith, Jonathan A. « Beyond the divide between cognition and discourse: Using interpretative phenomenological analysis in health psychology ». *Psychology & Health* 11, n° 2 (1996): 261-71. doi:10.1080/08870449608400256.

- Smith, Jonathan A. « Reflecting on the development of interpretative phenomenological analysis and its contribution to qualitative research in psychology ». *Qualitative Research in Psychology* 1, n° 1 (2004): 39-54. doi:10.1191/1478088704qp004oa.
- Taïeb, Olivier, Sylvie Chevret, Marie Rose Moro, Mitchell G Weiss, Anne Biadi-Imhof, Aymeric Reyre, et Thierry Baubet. « Impact of migration on explanatory models of illness and addiction severity in patients with drug dependence in a Paris suburb ». *Substance Use & Misuse* 47, n° 4 (2012): 347-55. doi:10.3109/10826084.2011.639841.
- Taïeb, Olivier, Anne Revah-Lévy, Thierry Baubet, et Marie Rose Moro. « Les histoires des toxicomanes : intérêts de la notion d'identité narrative de Ricœur dans les addictions ». *L'Évolution Psychiatrique* 70, n° 4 (2005): 755-69. doi:10.1016/j.evopsy.2004.12.006.
- Tantam, Digby, Michael Donmall, Adrian Webster, et John Strang. « Do General Practitioners and General Psychiatrists Want to Look after Drug Misusers? Evaluation of a Non-Specialist Treatment Policy ». *The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners* 43, n° 376 (1993): 470-74.
- Tartakovsky, Eugene, et Slava Kovardinsky. « Therapeutic Orientations, Professional Efficacy, and Burnout among Substance Abuse Social Workers in Israel ». *Journal of Substance Abuse Treatment* 45, n° 1 (2013): 91-98. doi:10.1016/j.jsat.2013.01.002.
- Tassin, Jean-Pol. « Proposition d'un modèle neurobiologique de l'addiction ». *Psychotropes* 14, n° 3 (2008): 11-28. doi:10.3917/psyt.143.0011.
- Thylstrup, Birgitte, et Morten Hesse. « Substance abusers' personality disorders and staff members' emotional reactions ». *BMC Psychiatry* 8, n° 21 (2008). doi:10.1186/1471-244X-8-21.
- Valleur, Marc. « La nature des addictions ». *Psychotropes* Vol. 15, n° 2 (2009): 21-44. doi:10.3917/psyt.152.0021.
- Van Dongen, Els. « Theatres of the lie: "crazy" deception and lying as drama ». *Anthropology & Medicine* 9, n° 2 (2002): 135-51. doi:10.1080/1364847022000029714.
- Vilardaga, Roger, Jason B. Luoma, Steven C. Hayes, Jacqueline Pistorello, Michael E. Levin, Mikaela J. Hildebrandt, Barbara Kohlenberg, Nancy A. Roget, et Frank Bond. « Burnout among the Addiction Counseling Workforce: The Differential Roles of Mindfulness and Values-Based Processes and Work-Site Factors ». *Journal of Substance Abuse Treatment* 40, n° 4 (2011): 323-35. doi:10.1016/j.jsat.2010.11.015.
- Voltmer, Edgar, Ulf Kieschke, David L. B. Schwappach, Michael Wirsching, et Claudia Spahn. « Psychosocial Health Risk Factors and Resources of

Medical Students and Physicians: A Cross-Sectional Study ». *BMC Medical Education* 8 (2008): 46. doi:10.1186/1472-6920-8-46.

Wise, Roy A. « Brain Reward Circuitry: Insights from Unsensed Incentives ». *Neuron* 36, n° 2 (2002): 229-40. doi: 10.1016/S0896-6273(02)00965-0

Zerubavel, Noga, et Margaret O'Dougherty Wright. « The Dilemma of the Wounded Healer ». *Psychotherapy* 49, n° 4 (2012): 482-91. doi:10.1037/a0027824.

Zuckerman, Marvin, Duane P. Schultz, et T. Robert Hopkins. « Sensation Seeking and Volunteering for Sensory Deprivation and Hypnosis Experiments ». *Journal of Consulting Psychology* 31, n° 4 (1967): 358-63. doi : 10.1037/h0024763

Ouvrages, chapitres d'ouvrages et mémoires

Abraham, Nicolas, et Maria Torok. *L'écorce et le noyau*. Paris: Aubier - Flammarion, 1978.

Alami, Sophie, Dominique Desjeux, et Isabelle Garabua-Moussaoui. *Les méthodes qualitatives*. Presses Universitaires de France - PUF, 2013.

Angel, Sylvie, et Pierre Angel. *Familles et toxicomanies. Une approche systémique*. Paris: Editions Universitaires, 1989.

———. « Les problématiques familiales dans les addictions : le paradigme des familles d'usagers de drogues ». In *Traité d'addictologie*, par Michel Reynaud. Paris: Flammarion, 2006.

———. *Les toxicomanes et leurs familles*. Paris: Armand Colin, 2003.

Anzieu, Didier. *Le groupe et l'inconscient*. Paris: Dunod, 1975.

———. *Le Moi-Peau*. Paris: Dunod, 1985.

Aquin, Thomas d'. *Somme théologique: les actes humains - Tome II*. Paris: Cerf, 1997.

Arendt, Hannah. *Condition de l'homme moderne (1958)*. Paris: Calmann-Lévy, 1961.

———. *The Human Condition*. Chicago and London: The University of Chicago Press, 1958.

Aristote. *Éthique à Nicomaque*. Paris: Vrin, 1994.

Aubin, Henri-Jean. « Modèles cognitivo-comportementaux des addictions ». In *Traité d'addictologie*, par Michel Reynaud. Paris: Flammarion, 2006.

- Augustin. *Problèmes moraux*. Paris: Desclée de Brouwer, 1948.
- Aulagnier, Piera. *La violence de l'interprétation*. Paris: Presses Universitaires de France - PUF, 1975.
- . *L'apprenti-historien et le maître-sorcier. Du discours identifiant au discours délirant*. Paris: Presses Universitaires de France - PUF, 1984.
- Baudry, Patrick. *Une sociologie du tragique. Violence au quotidien*. Éthique et Société. Paris: Cerf, 1986.
- . *Violences invisibles : Corps, monde urbain, singularité*. Poches de résistance Essai. Bègles: Editions du Passant, 2004.
- Bauman, Zygmunt. *L'éthique a-t-elle une chance dans un monde de consommateurs ?*. Climats. Paris: Flammarion, 2009.
- . *Liquid Love: On the Frailty of Human Bonds*. Oxford: Polity Press, 2003.
- . *Liquid Modernity*. Oxford: Polity Press, 2000.
- Beck, Aaron T., Fred D. Wright, Cory F. Newman, et Bruce S. Liese. *Cognitive Therapy of Substance Abuse*. New York: Guilford Press, 1993.
- Bennett, Trevor. « A decision making approach to opioid addiction ». In *The Reasoning Criminal. Rational Choice Perspective on Offending*, par Derek B. Cornish et Ronald V. Clarke. New York: Springer-Verlag, 1986.
- Bergeret, Jean. *Psychologie pathologique*. Abrégés. Paris: Masson, 1976.
- Bergeron, Henri. « Croyances et changement : le refus français de la méthadone ». In *Les drogues en France : politiques, marchés, usages*, par Claude Faugeron. Genève: Georg, 1999.
- . *Sociologie de la drogue*. Paris: Editions La Découverte, 2009.
- Bernat de Célis, Jacqueline. *Drogues : consommation interdite. La genèse de la loi du 31 décembre 1970*. Paris: L'Harmattan, 1996.
- Boszormenyi-Nagy, Ivan, et James L. Framo. *Intensive Family Therapy: Theoretical and Practical Aspects*. New York: Harper & Row, 1965.
- Boudon, Raymond. *L'idéologie ou l'origine des idées reçues*. Paris: Fayard, 1986.
- Canto-Sperber, Monique. *L'inquiétude morale et la vie humaine*. Paris: Presses Universitaires de France - PUF, 2001.
- Castel (dir), Robert. *Les sorties de la toxicomanie : types, trajectoires, tonalités*. Paris: M.I.R.E., 1992.
- Châtel, Vivianne. « Agir en situation de vulnérabilité : un essai de problématisation ? ». In *Agir en situation de vulnérabilité*, par Vivianne

- Châtel et Marc-Henry Soulet, 1-27. Laval (Qc): Les Presses de l'Université de Laval, 2003.
- Cloward, Richard A., et Lloyd E. Ohlin. *Delinquency and Opportunity: A Theory of Delinquent Gang*. Glencoe: The Free Press of Glencoe, 1960.
- Conrad, Joseph. *Lord Jim*. London: Blackwood, 1900.
- Constant, Benjamin. « Des réactions politiques ». In *Benjamin Constant - Ecrits politiques*, par Marcel Gauchet. Paris: Gallimard, 1997.
- Constant, Benjamin, et Isabelle de Charrière. *Correspondance Benjamin Constant-Isabelle de Charrière, 1787-1805*. Paris: Desjonquères, 1996.
- Coppel, Anne. *Peut-on civiliser les drogues ? De la guerre à la drogue à la réduction des risques*. Paris: La Découverte, 2002.
- Deprun, Jean. *La Philosophie de l'inquiétude en France au 18e siècle*. Paris: Librairie Philosophique J. Vrin, 1979.
- Derrida, Jacques. « Réthorique de la drogue ». In *L'esprit des drogues. La dépendance hors la loi?*, par Jean-Michel Hervieux, 197-214. Paris: Autrement, 1989.
- Descombey, Jean-Paul. *L'économie addictive : L'alcoolisme et autres dépendances*. Paris: Dunod, 2005.
- . *Précis d'alcoologie clinique*. Paris: Dunod, 2003.
- Deutsch, Hélène. « Lord Jim et la dépression ». In *Les « comme si » et autres textes : 1933-1970*, par Hélène Deutsch, 255-60. Paris: Seuil, 2007.
- Devereux, Georges. *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*. Paris: Flammarion, 1980.
- . *Ethnopsychanalyse complémentariste*. Paris: Flammarion, 1972.
- Donnet, Jean-Luc. « Lord Jim ou la honte de vivre ». In *L'humour et la honte*, par Jean-Luc Donnet, 21-70. Paris: Presses Universitaires de France - PUF, 2009.
- Duhamel, Georges. *Paroles de Médecin*. Monaco: Editions du Rocher, 1946.
- Ehrenberg, Alain. *La Fatigue d'être soi. Dépression et société*. Odile Jacob, 2000.
- . *L'Individu incertain*. Paris: Hachette Littérature, 1999.
- Elster, Jon. *Agir contre soi : La faiblesse de volonté*. Paris: Odile Jacob, 2007.
- Fainzang, Sylvie. *La relation médecins-malades : information et mensonge*. Paris: Presses Universitaires de France - PUF, 2006.

- Faugeron, Claude, et Michel Kokoreff. *Société avec drogues : Enjeux et limites*. Ramonville Saint-Agne: Erès, 2002.
- Ferenczi, Sándor. « Présentation abrégée de la psychanalyse (1927) ». In *Psychanalyse IV, Œuvres complètes, 1927-1933*. Paris: Payot, 1990.
- Finley, Susan. « Critical Arts-based Inquiry: The Pedagogy and Performance of a Radical Ethical Aesthetic ». In *The SAGE Handbook of Qualitative Research*, par Norman K. Denzin et Yvonna S. Lincoln, 4ème édition. Thousand Oaks, CA: SAGE, 2011.
- Foucault, Michel. *Du gouvernement des vivants : Cours au Collège de France (1979-1980)*. Hautes Etudes. Paris: Gallimard Seuil, 2012.
- . *Histoire de la sexualité (Tome 2) - L'usage des plaisirs*. Paris: Gallimard, 1986.
- . *L'Herméneutique du sujet : Cours au Collège de France (1981-1982)*. Hautes Etudes. Paris: Gallimard Seuil, 2001.
- . *Naissance de la clinique*. Paris: Presses universitaires de France - PUF, 2009.
- Freud, Sigmund. *Inhibition, symptôme et angoisse*. Œuvres complètes V17 (1926). Paris: Presses Universitaires de France - PUF, 1992.
- . *L'inquiétante étrangeté*. Paris: Gallimard - NRF, 1985.
- . *L'Interprétation du rêve*. Œuvres complètes V4 (1900). Paris: Presses Universitaires de France - PUF, 2003.
- . « Traitement psychique (Traitement d'âme) (1890) ». In *Résultats, idées, problèmes I*, 1-23. Paris: Presses Universitaires de France - PUF, 1984.
- . *Trois essais sur la vie sexuelle*. Œuvres complètes V6 (1901-1905). Paris: Presses Universitaires de France - PUF, 2006.
- Gambetta, Diego. « Can we trust trust? ». In *Trust: Making and Breaking Cooperative Relations*, 213-37. Oxford: University of Oxford, 2000.
- Geoffroy, Michel. *La patience et l'inquiétude : Pour fonder une éthique du soin*. Paris: Romillat, 2004.
- Giddens, Anthony. *Les conséquences de la modernité*. Paris: L'Harmattan, 1994.
- Gilligan, Carol. *Une voix différente : Pour une éthique du care (1982)*. Paris: Flammarion, 2008.
- Goffman, Erving. *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. New York: Simon and Schuster, 1986.

- Grange, Aline. *L'Europe des drogues : L'apprentissage de la réduction des risques aux Pays-Bas, en France et en Italie*. Paris: L'Harmattan, 2005.
- Hachet, Pascal. *Les toxicomanes et leurs secrets*. Paris: Les Belles Lettres, 1996.
- Hébert, René. *Le métier d'éducateur spécialisé*. Paris: Jean-Pierre Delarge, 1976.
- Hirsch, Emmanuel. *Le devoir de non-abandon : Pour une éthique hospitalière et du soin*. Paris: Cerf, 2004.
- Hobbes, Thomas. *Leviathan (1651)*. London: J.M. Dent & sons, 1959.
- Houzel, Didier. *Le concept d'enveloppe psychique*. 2e édition. Paris: In Press, 2010.
- Hume, David. *Enquête sur les principes de la morale (1751)*. Paris: Flammarion, 1991.
- Ingold, François-Rodolphe. « Les toxicomanes ont-ils une santé? Brève histoire des traitements en France ». In *Drogues, politique et société*, par Alain Ehrenberg et Patrick Mignon, 318-27. Paris: Editions Descartes, 1992.
- Jacquet, Marie-Madeleine, et Alain Rigaud. « Emergence de la notion d'addiction ». In *Les addictions*, par Sylvie Le Poulichet. Paris: Presses Universitaires de France - PUF, 2002.
- Jankélévitch, Vladimir. *La mort*. Paris: Flammarion, 1966.
- . *Le paradoxe de la morale*. Paris: Seuil, 1981.
- . *Traité des vertus : Tome 1, Le sérieux de l'intention*. Paris: Flammarion, 1983.
- . *Traité des vertus : Tome 2, Les vertus et l'amour, Ire partie*. Paris: Flammarion, 1986.
- . *Traité des vertus : Tome 2, Les vertus et l'amour, 2e partie*. Paris: Flammarion, 1986.
- Jeannin, Raphaël. « De l'inquiétude à la honte, une approche narrative du rapport à l'action dans la relation de soins en addictologie ». Mémoire de M2R, Paris 13, 2012.
- Jung, Carl Gustav. *Psychologie de l'inconscient (1913)*. Genève: Librairie de l'Université: Georg et Cie, 1952.
- Kaës, René. *Les alliances inconscientes*. Paris: Dunod, 2009.
- Kant, Emmanuel. *Théorie et pratique. Sur un prétendu droit de mentir par humanité*. Paris: Vrin, 2000.
- Kirk, Jerome, et Marc L. Miller. *Reliability and Validity in Qualitative Research*. Thousand Oaks, CA: SAGE, 1986.

- Klein, Mélanie. « Notes sur quelques mécanismes schizoïdes ». In *Développements de la psychanalyse*, par Mélanie Klein, Paula Heimann, Susan Isaacs, et Joan Rivière, 274-300, 4e édition (1946). Paris: Presses Universitaires de France - PUF, 1980.
- . « Sur la théorie de l'angoisse et de la culpabilité ». In *Développements de la psychanalyse*, par Mélanie Klein, Paula Heimann, Susan Isaacs, et Joan Rivière, 254-73, 4e édition (1946). Paris: Presses Universitaires de France - PUF, 1980.
- Klinger, Myriam. *L'inquiétude et le désarroi social*. Paris: Berg International, 2011.
- Knipe, Ed. *Culture, Society and drugs: The Social Science Approach to Drug Use*. Prospect Heights: Waveland Press, 1995.
- Kohler Riessman, Catherine. *Narrative Methods for the Human Sciences*. Thousand Oaks, CA: SAGE, 2008.
- Koob, George F., et Michel Le Moal. *Neurobiology of Addiction*. London: Elsevier Academic Press, 2006.
- Kristeva, Julia. *Etrangers à nous-mêmes*. Paris: Fayard, 1988.
- Kübler, Daniel. *Politiques de la drogue dans les villes suisses entre ordre et santé*. Paris: L'Harmattan, 2000.
- Lamy, Sandrine, et Florence Thibault. « Neurobiologie et addictions ». In *Addictologie*, par Michel Lejoyeux, 27-33. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson, 2008.
- Larguèche, Myriam. « Quand l'inquiétude traverse le groupe, focus sur trois équipes soignantes en addictologie ». Mémoire de M2R, Paris 13, 2012.
- Lebovici, Serge. *Le nourrisson, la mère et le psychanalyste : Les interactions précoces*. Paris: Le Centurion, 1983.
- Le Poulichet, Sylvie. *Toxicomanies et psychanalyse*. Paris: Presses Universitaires de France - PUF, 2007.
- Lesourne, Odile. *La genèse des addictions : Essai psychanalytique sur le tabac, l'alcool et les drogues*. Paris: Presses Universitaires de France - PUF, 2007.
- Lévinas, Emmanuel. *Autrement qu'être ou au-delà de l'essence*. La Haye: M. Nijhoff, 1974.
- Lévi-Strauss, Claude. « Introduction à l'œuvre de Marcel Mauss ». In *Sociologie et anthropologie*, par Marcel Mauss, 2e édition. Paris: Presses Universitaires de France - PUF, 1960.

- Locke, John. *An Essay Concerning Human Understanding*. London: Thomas Basset, 1689.
- . *Essai sur l'entendement humain*. Paris: Vrin, 2001.
- . *Traité du gouvernement civil (1690)*. Paris: Garnier-Flammarion, 1984.
- Lubrina, Jean-Jacques. *Vladimir Jankélévitch : Les dernières traces du maître*. Paris: Josette Lyon, 1999.
- Luhmann, Niklas. *La confiance : Un mécanisme de réduction de la complexité sociale (1968)*. Paris: Economica, 2006.
- Magoudi, Ali. « Temps de la loi et lois du temps ». In *Toxicomanies et pratiques sociales*, par Abdesslem Yahyaoui, 11-22. Grenoble: La pensée sauvage, 1992.
- Malherbe, Jean-François. *Les ruses de la violence dans les arts du soin*. Montréal: Liber, 2003.
- Marlatt, Gordon A., et Judith Gordon. *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. New York: Guilford Press, 1985.
- Mauss, Marcel. « Essai sur le Don. Forme archaïque de l'échange ». *L'Année sociologique*, 1923.
- McDougall, Joyce. « L'économie psychique de l'addiction ». In *Anorexie, addictions et fragilités narcissiques*, par Vladimir Marinov. Paris: Presses Universitaires de France - PUF, 2001.
- . *Plaidoyer pour une certaine anormalité*. Paris: Gallimard, 1978.
- . *Théâtre du Je*. Paris: Gallimard, 1982.
- . *Théâtres du corps*. Paris: Gallimard - NRF, 1989.
- Mendes Pedro, Antonio Francisco. « Narcissisme et états toxicomaniaques : la relation impersonnelle ». In *Anorexie, addictions et fragilités narcissiques*, par Vladimir Marinov, 115-30. Paris: Presses Universitaires de France - PUF, 2002.
- Merton, Robert King. *Social structure and anomie*. Glencoe: The Free Press of Glencoe, 1957.
- Mijolla, Alain de, et Selma Shentoub. *Pour une psychanalyse de l'alcoolisme*. Paris: Payot, 1973.
- Moreau, Jacques Joseph. *Du hachisch et de l'aliénation mentale: études psychologiques*. Paris: Fortin, Masson et Cie, 1845.
- Morel, Alain, François Hervé, et Bernard Fontaine. *Soigner les toxicomanes*. Paris: Dunod, 1997.

- Morin, Edgar. *La méthode 6: Éthique*. Paris: Seuil, 2004.
- Morin, Edgar, et Jean-Louis Le Moigne. *L'intelligence de la complexité*. Paris: L'Harmattan, 1999.
- Moro, Marie Rose. « Penser et agir en situation transculturelle: pourquoi? comment? ». In *Manuel de psychiatrie transculturelle : Travail clinique, travail social*, par Marie Rose Moro, Quitterie de La Noë, et Yoram Mouchenik, 9-18. Grenoble: Pensée sauvage, 2004.
- Murard, Numa. « Écoutes savantes ». In *Drogues : passions muettes*, par Alain Jaubert et Numa Murard. Paris: Recherches, 1979.
- Nancy, Jean-Luc. *Hegel. L'inquiétude du négatif*. Paris: Hachette, 1997.
- Nathan, Tobie. *L'influence qui guérit*. Paris: Odile Jacob, 1994.
- Paccaud-Huguet, Josiane. *Joseph Conrad 2. « Heart of Darkness » une leçon de ténèbres*. Paris: Lettres Modernes Minard, 2002.
- Palacio Espasa, Francisco. *La pratique psychothérapique avec l'enfant*. Paris: Bayard, 1993.
- Pedinielli, Jean-Louis, Georges Rouan, et Pascale Bertagne. *Psychopathologie des addictions*. Paris: Presses Universitaires de France - PUF, 1997.
- Peele, Stanton. *Love and Addiction*. New York: Taplinger, 1975.
- . *The meaning of addiction: compulsive experience and its interpretation*. Lexington: Lexington Books, 1985.
- Pessoa, Fernando. *Le livre de l'intranquillité*. Paris: Christian Bourgois, 1988.
- Pharo, Patrick. *Morale et sociologie*. folio / essais. Paris: Gallimard, 2004.
- . *Philosophie pratique de la drogue*. Paris: Cerf, 2011.
- Platon. *Alcibiade*. Paris: Flammarion, 1999.
- . *Apologie de socrate. criton*. Paris: Flammarion, 2006.
- . *Hippias mineur, hippias majeur*. Paris: Flammarion, 2005.
- . *Protagoras*. Paris: Flammarion, 1997.
- Pouchelle, Marie-Christine. *L'hôpital corps et âme. Essais d'anthropologie hospitalière*. Paris: Seli Arslan, 2003.
- Quincey, Thomas De. *Confessions of an English Opium Eater (1821)*. Revised edition edition. London ; New York: Penguin Classics, 2003.

- Quintin, Jacques. *Éthique et toxicomanie - Les conduites addictives au cœur de la condition humaine*. Montréal: Liber, 2013.
- Reynaud, Michel. « Quelques éléments pour une approche commune des addictions ». In *Traité d'addictologie*, par Michel Reynaud, 3-13. Paris: Flammarion, 2006.
- Reyre, Aymeric. « La rencontre de soin avec le patient toxicomane, ou comment faire en contexte de défiance ». In *Traité de bioéthique*, par Emmanuel Hirsch, Vol. 3. Espace éthique. Paris: Erès, 2010.
- . « Le doute sur la parole du toxicomane : comment soigner malgré tout ? ». Mémoire de M2R, Université Paris 11, 2009.
- Ricoeur, Paul. *Parcours de la Reconnaissance - Trois Etudes*. Paris: Stock, 2004.
- . *Soi-même comme un autre*. Paris: Seuil, 1990.
- Rosolato, Guy. *La portée du désir ou la psychanalyse même*. Paris: Presses Universitaires de France - PUF, 1997.
- Ruesch, Jurgen, et Gregory Bateson. *Communication, the Social Matrix of Psychiatry*. New York: Norton, 1951.
- Rush, Benjamin. *An Inquiry Into the Effects of Ardent Spirits Upon the Human Body and Mind: With an Account of the Means of Preventing, and of the Remedies for Curing Them*. Philadelphia: Thomas Bradford, 1784.
- Ruszniewski, Martine. *Face à la maladie grave - Patients familles soignants*. Paris: Dunod, 1995.
- Sabatier, Paul A., et Hank C. Jenkins-Smith. *Policy Change And Learning: An Advocacy Coalition Approach*. Boulder: Westview Press, 1993.
- Sartre, Jean-Paul. *L'être et le néant*. tel. Paris: Gallimard, 2013.
- Schaefer, Anne Wilson. *When Society Becomes an Addict*. Reprint. San Fransisco CA: HarperOne, 1988.
- Sicard, Didier. *L'alibi éthique*. Paris: Plon, 2006.
- Smith, Jonathan A. *Qualitative Psychology: A Practical Guide to Research Methods*. Thousand Oaks, CA: SAGE, 2007.
- Soulet, Marc-Henry. « Confiance et capacité d'action. Agir en contexte d'inquiétude ». In *Confiance et lien social*, par Casimiro Balsa, 31-55. Res Socialis. Fribourg: Academic Press Fribourg, 2005.
- . « Faire face et s'en sortir : vers une théorisation de l'agir faible ». In *Agir en situation de vulnérabilité*, par Vivianne Châtel et Marc-Henry Soulet, 167-213. Laval (Qc): Les Presses de l'Université de Laval, 2003.

- Taïeb, Olivier. *Les histoires des toxicomanes - Récits et identités dans les addictions*. Paris: Presses Universitaires de France - PUF, 2011.
- Toledo, Camille de. *L'inquiétude d'être au monde*. Lagrasse: Verdier, 2012.
- Tosquelles, François. *Le Travail thérapeutique à l'hôpital psychiatrique*. Paris: Editions du Scarabée, 1967.
- Watzlawick, Paul. *An Anthology of Human Communication, Text and Tape*. Mountain View, CA: Science and Behavior Book, 1964.
- Watzlawick, Paul, et John H. Weakland. *Sur l'interaction: Travaux du Mental Research Institute Palo Alto, 1965-1974 réunis et commentés*. Paris: Seuil, 1981.
- Winnicott, Donald W. *Jeu et réalité : l'espace potentiel*. Paris: Gallimard - NRF, 1975.

Entrées de dictionnaires

- « Addictio ». *Dictionnaire latin-français : Le grand Gaffiot*. Paris: Hachette, 2000.
- « Advocacy coalition framework (ACF) » (Sabatier, Paul A). In *Dictionnaire des politiques publiques*, par Laurie Boussaguet, Sophie Jacquot, et Pauline Ravinet, 49-57, 3ème éd. Paris: SciencesPo. Les Presses, 2010.
- « Amour » (Canto-Sperber, Monique). *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale*. Paris: Presses Universitaires de France - PUF, 2004.
- « Angoisse » (Palacio Espasa, Francisco). *Dictionnaire international de la psychanalyse*. Paris: Hachette Littérature, 2005.
- « Confiance » (Baier, Annette Claire). *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale*. Paris: Presses Universitaires de France - PUF, 2004.
- « Inquiétude ». *Dictionnaire de la langue française, Le Petit Robert*. Paris: Dictionnaires Le Robert, 2001.
- « Mensonge » (Laugier, Sandra). *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale*. Paris: Presses Universitaires de France - PUF, 2004.
- « Paradigme ». *Dictionnaire de la langue française, Le Petit Robert*. Paris: Dictionnaires Le Robert, 2001.

Documents officiels, textes de loi, sources internet et œuvres cinématographiques

Arènes, Jacques, Marie-Pierre Janvrin, et François Baudier. *Baromètre santé jeunes 97/98*. Vanves: CFES, 1998.

Arrêté du 20 juin 2007 relatif au diplôme d'État d'éducateur spécialisé. Consulté le 27 avril 2014.

http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=1ADB0EBC3A7E7936EC3C3AEE9B07BDE0.tpdjo13v_3?cidTexte=JORFTEXT000000278576&dateTexte=20140426.

Association AIDES. « Prévention et réduction des risques par AIDES ». Consulté le 26 avril 2014. http://www.aides.org/actions_de_Aides/prevention.

———. « Soutien et accompagnement ». Consulté le 26 avril 2014. http://www.aides.org/actions_de_Aides/soutien-accompagnement.

Association Aurore. « Charte de l'association Aurore ». Consulté le 26 avril 2014. <http://aurore.asso.fr/uploads/Charte-Aurore.doc.pdf>.

Association Charonne. « Anonymat et gratuité ». Consulté le 26 avril 2014. <http://www.charonne.asso.fr/content/anonymat-et-gratuite>.

———. « Éthique de base : liberté et solidarité, respect de la différence, capacité d'adaptation ». Consulté le 26 avril 2014. <http://www.charonne.asso.fr/content/ethique-de-base-liberte-et-solidarite-respect-de-la-difference-capacite-dadaptation>.

Association SOS. « Centre 110 Les Halles ». Consulté le 26 avril 2014. http://www.groupe-sos.org/structures/23/Centre_110_Les_Halles.

———. « Sleep In - Paris ». Consulté le 26 avril 2014. http://www.groupe-sos.org/structures/56/Sleep_In_Paris.

Baromètre des préoccupations des Français - décembre 2012. Paris: TNS Sofres, 2013.

Beck, François, Stéphane Legleye, et Patrick Peretti-Watel. *Penser les drogues: Perceptions des produits et des politiques publiques, EROPP 2002*. Paris: OFDT, 2003. <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/rapports/rap03/epfxfbj1.html>.

Costes, Jean-Michel, Olivier Le Nézet, Stanislas Spilka, et Cécile Laffiteau. « Dix ans d'évolution des perceptions et des opinions des Français sur les drogues ». *Tendances*, n° 71 (2010). <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/tend/tend71.html>.

- Curley, Bob. « DSM-V - Major Changes to Addictive Disease Classifications ». *Recovery Today online*, 2010. <http://www.recoverytoday.net/articles/143-dsm-v-major-changes-to-addictive-disease-classifications/>.
- Direction Générale de la Santé, Secrétariat d'État à la santé. *La politique française de lutte contre l'infection à VIH : Mise en oeuvre de la réduction des risques en direction des usagers de drogues*. Vanves: CFES, 2000.
- Forman, Milos. *Vol au dessus d'un nid de coucou*. United Artists, 1975.
- Henrion, Roger. *Rapport de la Commission de réflexion sur la drogue et la toxicomanie: mars 1995*. Paris: Ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville : la Documentation française, 1995.
- Lamour, Jean-François, Phillipe Goujon, et Anne-Constance Onghena. « Salles de shoot de la Mairie de Paris : le raisonnement par l'absurde ». *Le Monde*. 21 décembre 2009. http://www.lemonde.fr/idees/article/2009/12/21/salles-de-shoot-de-la-mairie-de-paris-le-raisonnement-par-l-absurde-par-jean-francois-lamour_1283736_3232.html.
- Loi n°70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie, et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses*. Parue au Journal Officiel le 2 janvier 1971.
- Peele, Stanton. « War Over Addiction: Evaluating The DSM-V ». *Huffington Post*, 2010. http://www.huffingtonpost.com/stanton-peelee/war-over-addiction-evalua_b_456321.html.

Communications scientifiques

- Reyre, Aymeric. « Ce que l'addictologie change (ou pas) dans les représentations et les pratiques des soignants et dans leur environnement: À partir d'une étude qualitative auprès de trois équipes de recours en région parisienne ». Communication orale présenté à Forum professionnel de la Fédération Française d'Addictologie, Paris, 17 octobre 2013.
- . « Disquiet in care relationship with addicted patients: a qualitative study ». Poster présenté à 21st World Congress for Social Psychiatry, Lisbonne, 28 juin 2013.
- . « La relation de soin en addictologie à l'épreuve de l'inquiétude : Résultats préliminaires ». Communication orale présenté à Troisième colloque international francophone sur le traitement de la dépendance aux opioïdes, Genève, 19 octobre 2012.

- . « Les effets de l'inquiétude sur la relation de soin en addictologie : Résultats préliminaires ». Communication orale présenté à 1st European Congress for Social Psychiatry, Genève, 6 juillet 2012.
- . « L'inquiétude dans la relation de soin en addictologie: l'expérience des groupes soignants ». Communication orale présenté à 8ème Journée AP-HP de l'addictologie hospitalière, Paris, 13 octobre 2012.
- . « L'inquiétude dans la relation de soin en addictologie : Résultats préliminaires de l'étude EthNaA ». Communication orale présenté à 6ème Journée de L'Albatros, Paris, 7 juin 2012.

